

PRIVATE
DEPOSITORY

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE



FONDATEUR.
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF:
RENÉ CHARPENTIER

113^e Année - T. 2 - N^o 4
Novembre 1955



MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITÉ DE REDACTION

MM. X. et P. ABÉLY, H. BARUK, H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART,
P. COMBEMALE, P. COSSA, P. COURBON, J. DELAY, P. DELMAS-MARSALET,
J. DUBLINEAU, J. EUZIÈRE, H. EY, A. FRIBOURG-BLANC, P. GUIRAUD,
J. HAMÉL, G. HEUYER, D. LAGACHE, J. LAUZIER, J. LÉPINE,
J. LHERMITTE, L. MARCHAND, L. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC,
F. PACTET, N. PERON, H. PIÉRON, A. POROT, G. RAVIART, M. RISER,
Th. SIMON, G. VERNET, H. WALLON.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1955)

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Union Française.....	3.900 frs
Belgique et Luxembourg.....	600 frs belges
Autres pays.....	\$ U.S.A. 12

(Ces prix sont également payables au cours des règlements commerciaux,
le jour du paiement).

Changement d'adresse : 50 fr.

COLLECTIONS DISPONIBLES. CONDITIONS SUR DEMANDE

Années 1843 à 1954

Les années 1844, 1846 et 1847 sont épuisées.

Les années 1843, 1848, 1854, 1860 et 1874 sont rares et ne peuvent être acquises
qu'avec la collection.

L'année mixte 1914-1915 forme 2 volumes. L'année 1916 et l'année 1917 formant
chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte.

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950). 1 vol.

Chacun de ces 4 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs
et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol.

Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol.

Centenaire de la Société médico-psychologique, 1952, 1 vol.

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°

.....
(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

Adresser tout qui concerne la Rédaction au D^r René CHARPENTIER,
27, Avenue de la Costa, Monte-Carlo.

SOMMAIRE DU N° 4 (tome II), NOVEMBRE 1955

MEMOIRES ORIGINAUX

- R. ANGELERGUES, H. HÉCAEN et J. DE AJURIAGUERRA. — Les troubles mentaux au cours des tumeurs du lobe frontal. A propos de 80 observations dont 54 avec troubles mentaux 577
- G. et J. VERDEAUX. — Etude électroencéphalographique d'un groupe important de délinquants primaires ou récidivistes au cours de leur détention 643

SOCIETE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 24 octobre 1955

- Décès du professeur H. ROGER et du D^r H. BERSOT 659
- P. NEVEU et Mme M. L'HERMIT. — Le traitement du delirium tremens par l'électrochoc 661
- J. ALLIEZ et Mme S. DONGIER. — Hallucinations olfactives et corrélations électro-encéphalographiques 665
- J. ALLIEZ et M. DONGIER. — Episode de troubles du caractère chez un enfant, mani-

- festation d'une encéphalite allergique rubéolique 667
- E. MARTIMOR, J.-F. DEREUX, P. NICOLAS-CHARLES et Mme Ch. RIVAILLE. — Incidence de la chirurgie gastrique sur les psychoses alcooliques 668
- G. DAUMÉZON, M. GUIBERT et P. CHANOÏT. — Un cas d'intoxication grave par le lithium 673
- G. DAUMÉZON. — L'effectif de l'« Unité de soins » ne peut dépasser 30 malades. 679
- M. LECONTE. — La médecine psychiatrique et l'arrêté ministériel du 28 juillet sur le

(Suite du sommaire page II).



CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES

2, rue Dispan, L'HAY-LES-ROSES (Seine) Rob. 30-05

DOCTEUR J. MAILLARD

Ex-Chef de Clinique à la Faculté
Médecin des hôpitaux psychiatriques

HYDROTHERAPIE, PYRÉOTHERAPIE, INSULINOTHÉRAPIE, DIATHERMIE

nouveau diplôme d'infirmiers des hôpitaux psychiatriques	686
H. BARUK. — L'enseignement des infirmiers des hôpitaux psychiatriques et l'arrêté du 28 juillet 1955	692

Election d'un membre associé (M. P. SCHNEI- DER)	695
Election de membres correspondants natio- naux (MM. P. COIRAULT et J. PUECH).	695
Prix de la Société médico-psychologique.	695

SOCIETES

Société française de neurologie

Séance du 9 juin 1955

P. DURAN, M. FAVIER, P. JUDEAU, P. JUILLET et J. GIBERT. — Perturbation du tracé électro- encéphalographique dans l'énurésie	696
P. COSSA et Mme S. RICHARD. — Sur 2 cas de syndrome de l'artère cérébelleuse supérieure (ou de ses branches)	695
J. GUILLAUME, R. ROGÉ et M. ROUZAUD. — A pro- pos de l'hypertonie de décérébration après les traumatismes crâniens	697
G. BOUDIN et J. BARBIZET. — Parkinson post- encéphalitique avec atrophie musculaire et hémianesthésie	697
M. BONDUVELLE et P. ECUYGUES. — Torticollis spas- modique au cours d'un traitement par l'iso- niazide ; coïncidence ou conséquence ? ..	697
R. THUREL et R. VILLEY. — Hématomyélie spon- tanée, épiphénomène d'un angiome latent	697
J. GUILLAUME, S. DE SÈZE, G. MAZARS et J. DES- PROGES. — La sciatique paralysante. Hypothèse pathogénique. Considérations thérapeuti- ques	697
P. DURAN, J. VAILLIE, P. JUDEAU, P. JUILLET, J. BERNOT et J. GIBERT. — Altérations impor-	

tantes du tracé électro-encéphalographique dans un cas de porphyrie aiguë traité par la chlor- promazine	697
V. NERI. — Essai séméiologique sur le bruit musculaire	698
R. GARCIN, J. GRUNER et St. GODLEWSKI. — Spon- gieuse disséminée de l'encéphale évoluant par poussées chez un enfant malgache (des rap- ports éventuels de ce syndrome avec l'encépha- lite subaiguë de Gayet-Wernicke)	698

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 1^{er} octobre 1955

J. DE BUSSCHER, G. HOFFMANN et J. KLUYSKENS. — Agnésie visuelle optico-spatiale avec hé- mianopsie en quadrant résiduelle	698
E. DUMONT. — A propos des troubles psychiques survenant au cours du traitement à la corti- sone	698

Société belge de neurologie

Séance du 1^{er} octobre 1955

J. MOLDAVER. — Electro-myographie des muscles extrinsèques des yeux chez l'homme	699
--	-----

(Suite du sommaire page III).

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE du Docteur J.-B. BUVAT

DOCTEURS

G. VILLEY et J.-Fr. BUVAT

Anciens Internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine
Médecins-Directeurs

Docteur BUVAT-COTTIN

Ancien Interne provisoire
des hôpitaux de Paris
Médecin-traitant

Docteur BUVAT-POCHON

Ancienne Interne
des hôpitaux psychiatriques de la Seine
Médecin-traitant

VILLA MONTSOURIS

130. Rue de la Glacière, PARIS (13^e)
Mardi, Samedi 14 h. 30 - 16 h. 30
Tél. Gob. 26-52 et 26-53

L'ABBAYE

VITRY-CHATILLON (S.-et-O.)
Jeudi 14 h. 30 - 16 h. 30
Tél. Belle-Épine 40-76

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

REUNIONS ET CONGRES

XX^e Réunion neurologique internationale

(Paris, 7-8 juin 1955)

ASPECTS NEUROLOGIQUES DES MALADIES DITES DU COLLAGÈNE

RAPPORTS

- R. GARCIN. — Considérations générales sur les maladies du collagène 700
- H. ROGER, Y. POURSIÈRES et J. ROGER. — Les aspects neurologiques de la périartérite noueuse 701
- R. GARCIN, J. LAPRESLE, J. GRUNER et J. SCHERRER. — Les polymyosites 702
- R. GARCIN. — Aspects neurologiques du lupus érythémateux disséminé 703

COMMUNICATIONS

- M. RISER, J. GÉRARD et L. GLEIZES. — Etude anatomo-clinique d'un cas de périartérite noueuse à forme neurologique 704
- R. LAFON, P. PAGÈS, J. MINVIELLE et P. BARJON. — Hypertension maligne, syndrome bulbaire et diabète insipide au cours d'une périartérite noueuse 704
- R. GARCIN, H.-X. MAN et J. GRUNER. — Aspects ophtalmologiques de la périartérite noueuse à l'occasion d'une observation anatomo-clinique 704

- O. J. RAEDER et H. F. ROOT. — Périartérite noueuse avec lésions neurologiques au cours du diabète sucré 704
- P.-F. GÉRARD et A. GARDE. — Documents anatomo-cliniques concernant l'artérite temporale de Horton. Les lésions hépatiques de la périartérite. La vascularite « fil de fer » de M. Favre 705
- M. DEVIC, R. MASSON et BONNEFOY. — A propos d'une observation de myosite à nodules de Besnier-Boeck 705
- F. LAYANI, H. HÉCAEN, J. LEFEBVRE et M.-B. DELL. — Dermatomyosite avec éléments myotoni-ques 705
- M. BONDUELLE, F. BORDET, P. BOUYGUES et F. CHARLES. — Un cas de polymyosite avec thymome. Vérification anatomique 705
- M. BONDUELLE, P. BOUYGUES et J. COULON. — Le syndrome myasthénique des polymyosites 705
- R. LAFON, P. PAGÈS, P. PASSOUANT, R. LABAUGE, J. MINVIELLE et A. PAGÈS. — Localisations musculaires de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann 705
- Th. ALAJOUANINE, G. BOUDIN, M. GOCCEVICH et J. SCHERRER. — Etude clinique et électromyographique d'une dermatomyosite traitée par la cortisone ; amélioration de la collagénose, mais développement d'un hypercorticisme monstrueux 706
- F. THIÉBAUT, L. FRUHLING, F. ROHMER et F. ISCH. — Un cas de dermatomyosite avec étude électromyographique et histologique 706

(Suite du sommaire page IV).

VILLA DES PAGES

40, avenue Horace-Vernet

(Tél. Princesse 00-12) LE VESINET (S.-et-O.)

AFFECTIONS NERVEUSES
MALADIES DE LA NUTRITION

ATELIERS THÉRAPEUTIQUES

Toutes les applications modernes
psychothérapiques et biologiques

Docteurs : P. LECLERCQ

Roger LEULIER, Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

F. THIÉBAUT, L. FRUHLING, F. ISCH et F. ROHMER. — Un cas de polymyosite à forme pseudo-myopathique avec étude électro-myographique et histologique 706

G. et A. BOURGUIGNON. — Les chronaxies neuromusculaires et vestibulaires dans trois cas de dermatomyosite et un cas de sclérodermie avec amyotrophie 706

M. BERGOUIGNAN. — Contracture abdomino-crurale en flexion chez certains addisoniens ; confrontation avec les « myoscléroses » rétractiles de la poikilodermatomyosite 707

J. ROGER, A.-M. RANCE et R. POINSO. — Lupus érythémateux disséminé à forme neuro-psychique 707

E. KORUMP. — Modifications électro-encéphalographiques des maladies du collagène ... 707

COMMUNICATIONS SUR DES THÈMES LIBRES

Y. POURSINES, J. ALLIEZ et A. TATOSSIAN. — Forme centrale terminale de neurogliomatose de Recklinghausen. Tumeurs parenchymateuses multiples de l'encéphale avec localisation mésocéphalique dominante 707

R. LAFON, P. PAGÈS, J. ROUX, J.-P. TEMPLE et J. MINVIELLE. — Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter avec infiltrats pulmonaires labiles et hémiplegie régressive. Organismes L dans les sécrétions urétrales 708

B. ITUAARTE et M. ARRAZOLA. — Deux cas de pseudo-tumeurs du cerveau avec images ventriculaires simulant une néoformation .. 708

Journées d'études de la Société française de médecine préventive et sociale

(Vichy, 2-5 septembre 1955)

LE DÉPISTAGE PRÉCOCE ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

RAPPORTS

H. MIGNOT et R. BAILLY. — Le dépistage précoce des affections mentales 709

Mlle A. WINNER. — Structure générale du service national de santé britannique, sa contribution au dépistage précoce et à la prévention des maladies 710

R. BARTHE. — Le dépistage précoce, facteur de bien-être individuel et d'équilibre social 711

COMMUNICATIONS

C. VEIL. — Dépistage des affections mentales dans un service de main-d'œuvre 711

J. PARIS. — Les états d'asthénie polyfonctionnelle en médecine préventive, essai d'interprétation 712

R. RESTEN. — Diagnostic précoce et typologie 712

R. CAYET. — La prévention de l'inadaptation juvénile 713

L. SCHMIT. — Le dépistage précoce des principales affections observées en milieu scolaire 713

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTÉ DE SAINT-MANDÉ

Fondée par le D^r J. Hercouet

15, rue Jeanne-d'Arc, SAINT-MANDÉ (Seine)

Téléphone : DAUMESNIL 45-60 (3 lignes)

Directeur : D^r TISON

D^r LEROY — D^r MAURICE — D^r CORNUCHÉ

**Etablissement médical
pour le traitement
des AFFECTIONS NERVEUSES
des TOXICOMANIES
des MALADIES de la NUTRITION**

**ELECTRO-CHOC — INSULINOTHÉRAPIE
ELECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIE**

Situation exceptionnelle à la
porte de Paris
Installation technique de
premier ordre.
Douze villas dans un grand parc

Épilepsie...

APAROXAL

==== CACHETS ====

Formule A : dosée à 0 gr. 10 par cachet (pour adultes)

Formule E : dosée à 0 gr. 05 par cachet (pour enfants)

Un long recul...

Plusieurs milliers de traitements poursuivis pendant 25 ans
ont prouvé

l'efficacité et la parfaite tolérance de l'**Aparoxal**

Aucun accident n'a jamais été signalé



Insomnie et nervosisme mineur...

APAROXAL

==== GOUTTES ====

INSOMNIES,
ANXIÉTÉS,
ANGOISSES,
PETITS TROUBLES CARACTÉRIELS,
TICS, CHORÉE.

10 à 25 gouttes trois fois par jour.

Si nécessaire doubler la dose vespérale.

Échantillons et littérature :

Laboratoire Dr VYRON et FROMENT
80, Rue de Monte-Cristo - MARSEILLE

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychiatrie.

- J. A. GARCIA. — Le début névrotique des schizophrénies 714
M. EKBLAD. — De l'avortement provoqué du point de vue psychiatrique. Etude portant sur femmes 715
Th. KAMMERER. — Cahiers de psychiatrie . 717
M. BENVENUTI. — Publications scientifiques 717
H. B. M. MURPHY. — Personnes déplacées . 718

Psychologie.

- H. PIÉRON, A. FESSARD et P. FRAISSE. — L'année psychologique 718
A. GEMELLI. — La psychologie de l'âge évolutif 719

Problèmes médico-psychologiques.

- J. B. RHINE. — Le nouveau monde de l'esprit. Problèmes de parapsychologie, n° 1 721
G. BARDET. — Je dors, mais mon cœur veille 722

Psychiatrie médico-légale.

- F. GORRITI. — Homosexualité et délinquance 722

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

- MIRA Y LOPEZ. — Importance de la recherche en psychiatrie 723
R. HEISS. — Diagnostic de la personnalité et théorie de la personnalité 723
G. C. REDA et E. SCHIAVI. — Considérations critiques sur le test d'aperception thématique (T.A.T.) de Murray à travers l'étude de cent protocoles de malades mentaux 723
A. C. B. LUSO. — Sur l'utilité du test de Lamarter dans la pratique clinique 724
K. HEYMANN. — Infantilisme comme manifestation de l'époque 724
R. J. ELLINGSON. — Incidence des anomalies électro-encéphalographiques parmi les malades atteints de troubles mentaux paraissant d'origine inorganique 724
J. COMEZ JARAMILLO. — Dysrythmie cérébrale 725
H. GASTAUT. — Interprétation des symptômes de l'épilepsie « psychomotrice » en fonction des données de la physiologie rhinencéphalique 725
R. LAFON, Cl. GROS, R. LABAUGE et J.-P. TEMPLE. — Etude électroclinique de la corne d'Ammon chez les épileptiques 726
L. MASSIGNAN et G. ROY. — Considérations sur l'intelligence des épileptiques 726
J. A. GARCIA. — Caractérologie des épileptiques 726
J. A. GARCIA. — Psychoses épileptiques ... 726

(Suite du sommaire page VII).

RÉÉDUCATION APRÈS PSYCHO-CHIRURGIE LES BOIS SAINT-JOSEPH D'HYÈRES

Boîte postale 118 à Hyères
Téléphone 30 à Carqueiranne (Var)

Administrateur :
Docteur CHARVET

Médecin Psychiatre :
Docteur SAVY

Réalise les meilleures conditions de la
rééducation psycho-motrice et sociale après
**intervention psycho-chirurgicale et
tous autres traitements psychiatriques**

ERGOTHÉRAPIE

PSYCHOTHÉRAPIE

CULTURE PHYSIQUE

ACCUEIL AGRÉABLE

Établissement conventionné par la Sécurité Sociale, l'A.M.G.
et les organismes de prévoyance

- E. MOTTA. — Epilepsie complexe avec états oniroïdes conscients 727
- A. L. NOBRE DE MELO. — Somnambulisme épileptique 727
- E. MOTTA. — L'épilepsie provoquée par des situations ambiantales complexes 727
- J. A. GARCIA et A. A. GUIMARAES. — Forme singulière d'érotopathie épileptique 728
- J.-A. CHAVANY, J. PECKER et D. HAGENMULLER. — L'épilepsie des tumeurs cérébrales 728
- P. CHEVALLIER, G. BILSKI-PASQUIER, R. PLUVINAGE, Mme PÉROL-VAUCHEZ et M. SAMAMA. — Sur un épileptique mort d'ictère grave aigu 728
- J. A. GARCIA et A. A. GUIMARAES. — Epilepsie viscérale 729
- M. JAY. — L'épilepsie abdominale 729
- J.-A. CHAVANY, G. LOBEL et D. HAGENMULLER. — Considérations sur l'épilepsie réflexe ... 730
- J. DE AJURIA GUERRA, J. SIGWALD et Cl. PIOT. — Myoclonie-épilepsie familiale de type Unverricht ; étude clinique, électro-encéphalographique et anatomique 730
- P. JANSSEN. — Sur une épilepsie-myoclonie familiale d'Unverricht-Lundborg chez le Noir 730
- G. SEMELAIGNE, HUREZ, SALLOU et BREZECICKI-GALLAND. — Deux cas familiaux de polycorie glycogénique du foie 730
- J.-L. COURCHET. — Contribution à l'étude systématique des crises névropathiques de l'homme 731
- W. V. SIEBENTHAL. — L'angoisse dans les psychoses 731
- J. PEARSON et K. DEWHURST. — Sur deux cas de phénomènes héautoscopiques consécutifs à des lésions organiques 731
- TH. KAMMERER, M. MATHIS et A. WACKENHEIM. -- A propos d'une forme incomplète de gargoylisme ; intérêt diagnostique de la ponction biopsie du foie 732
- R. LAFON, R. LABAUGE et J.-P. TEMPLE. — Manifestations psychiatriques au cours de l'hépatite épidémique 732
- P. PASQUET, RENNER et P. NAVARRANNE. — Bouffée excitomaniacale d'origine anémique immédiatement réversible par transfusion sanguine 732
- E. JACOBSEN. — Problèmes de l'alcoolisme. 733
- L. LANGERON. — Le bérubéri cardiaque d'origine alcoolique, sa place dans l'insuffisance cardiaque d'origine alcoolique. A propos d'une observation 733
- A. RAVINA, M. PESTEL et R. ALBOUY. — Alcoolisme aigu et delirium tremens en milieu hospitalier parisien 733
- F. MOREL et P. SCHIFFERLI. — Image consécutive et effets optocinétiques. Contribution à l'étude des hallucinations visuelles du delirium tremens 734
- J. LEREBoullet, L. VIDART et E. GASTEAU. — Encéphalopathie de Gayet-Wernicke survenue au décours d'un delirium tremens. Guérison rapide par la vitamine E1 à doses massives 734
- J. ALLIEZ, P. MOUREN et Y. CARCASSONNE. — Syndrome de Korsakoff post-commotionnel avec dysrythmies mésodiencephaliques initiales. Méconnaissance systématique par amnésie rétrograde élective 734
- J. DELAY et S. BRION. — Syndrome de Korsakoff et corps mamillaires 735
- A. SIVADON et J. DE VERBIZIER. — La régression des conduites chez le traumatisé. Son importance dans la reprise du travail 735

(Suite du sommaire page VIII).

OPTALIDON

LE SÉDATIF DE CHOIX
DE LA DOULEUR



DRAGÉES ★ SUPPOSITOIRES

Laboratoires SANDOZ S.A.R.L. - 6, rue de Penthièvre, PARIS-8^e

Neurologie.

- L. VAN BOGAERT et J. RADERMECKER. — L'évolution de nos connaissances sur la myasthénie de Thomas Willis à Walker 735
- J. FRANÇOIS, Cl. BEGAUX, G. DECOCK, R. STEFENS et A. DE ROUCK. — Symptômes oculaires de la myasthénie 735
- Ph. DAUMET, Y. SAUVAGE et M. DAUSSY. — Myasthénie latente chez une malade porteuse d'un dysembryome kystique du médiastin 736
- W. L. BRUETSCH et C. L. WILLIAMS. — Rigidité musculaire artériosclérotique ; rapport spécial sur l'évolution des troubles 736
- F. LEPAGE, L. LEMERRE et A. DUPEY. — Afibrinémie avec coma hémiplegique au cours d'un accouchement gémeux 736
- J.-A. CHAVANY, J. LEMOYNE et D. HAGENMULLER. — Le diagnostic étiologique des vertiges 736
- P. DELORE, L. PAUFQUE, P. MOREAU et R. LAMBERT. — L'hypotension cérébrale orthostatique isolée, cause encore méconnue de vertiges et céphalées 737
- J.-O. TRELLES, V. PAREDES et L. PALOMINO. — Les thrombophlébites cérébrales 737
- J. DEREUX et J.-F. DEREUX. — Thrombo-phlébite cérébrale de la grossesse. Etude clinique et anatomique 738
- J.-A. CHAVANY, R. MESSIMY, B. PERTUISSET et D. HAGENMULLER. — Les fonctions du territoire cortical de l'artère cérébrale antérieure. Parentés séméiologiques des syndromes vasculaires traumatiques et tumoraux 738
- Mme D. GODDÉ-JOLLY. — Une cause rare d'amaurose : l'artérite temporale 738
- G. CASTORINA et S. SASSAROLI. — Le tableau radiologique des hématomes sous-duraux .. 739
- R. ARDITO. — Hématome sous-dural de la convexité avec syndrome pyramidal homolatéral 739
- J. HAGUENAU, J. CHRISTOPHE et B. PERTUISSET. — A propos des anévrysmes « vestigiens ». Anévrysme postérieur de la carotide interne supra-clinoïdienne. Ligature du collet. Guérison 739
- F. HAJNSEK et R. MEDVED. — Un cas d'encéphalopathie post-traumatique chronique des boxeurs 739
- M. C. DE BARROS. — Traumatismes cranio-encéphaliques 740
- Mme D. et J. FERET, M.-L. CHEVREL, M. et A. BELTAN, Y. et M.-E. RICHIER. — Abscès froids encéphaliques multiples 740
- H. HÉCAEN, R. ANGELERGUES et C. MAGIS. — Considérations cliniques sur les tumeurs occipitales 740
- A. DONATI et I. SANGUINETTI. — Contribution anatomo-clinique à l'étude des tumeurs des noyaux de la base 741
- Cl. GROS, R. LAFON, P. FAGES, R. LABAUGE et J.-P. TEMPLE. — Tumeurs kystiques intracranienues au cours des phakomatoses 741
- G. ALEMA et A. PANSINI. — Sclérose tubéreuse et tumeur cérébrale 741
- D. TOUSSAINT. — A propos d'un cas de tumeur de la grande aile du sphénoïde 742
- G. LAZORTHES. — L'atteinte du moteur oculaire commun lors des néoformations intra-crâniennes : la paralysie totale, la mydriase isolée. Etude anatomique et observations cliniques 742
- R. LAFON, P. PAGÈS, J.-P. TEMPLE, J. MINVIELLE et G. OLIVIER. — Atrophies cérébelleuses ; aspects cliniques et radiologiques 742
- P. DOGLIANI et G. BARBERA. — Considérations

(Suite du sommaire page X).

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

D^r TARRIUS

D^r F. BRISSON

D^r P. CITROME

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : Plaine 00-68

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Désintoxications - Cures de repos - Electrochocs

Cures de sommeil - Insulinothérapie - Narco-Analyses

Radiographie - Electro-Narcoses - Encéphalographies gazeuses

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Autobus n° 154, Métro Pleyel-Enghien. — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris. Autobus 138 Porte de Clichy — Eglise d'Epina y.

relaxation

en psychiatrie : anxiété,
agitation des mélancoliques et des anxieux,
potentialisation de la cure de sommeil...

un suppositoire *
isocurine

*des heures
de décontraction*

1 à 4 suppositoires par jour (boîtes de 12)

LES LABORATOIRES **BRUNEAU & C^e** 17, RUE DE BERRI - PARIS-8^e

* L'infracararisation par voie rectale, technique de sécurité, provoque une hypotonie musculaire régulière et prolongée, avec diminution de la tension nerveuse.

- cliniques et anatomo-pathologiques sur un méningiome psammomateux cérébelleux 743
A. FELIZZARI. — Contribution à l'étude des gliomes dits extra-médullaires 743

Psychologie.

- P. NAULIN. — Postulats et méthodes de la psychologie scientifique 743
I. MEYERSON. — Thèmes nouveaux de psychologie objective : l'histoire, la construction, la structure 744
M. FRECHET. — Un problème psychologique sur les probabilités subjectives irrationnelles 744
P. GUILLAUME. — Cybernétique et psychologie. II. Machines et systèmes physiques 745
P. M. SCHUHL. — Remarques sur l'imagination 745
V. TERRANA et L. RICCOBONO. — Premières recherches sur une échelle de vocabulaire avec synonymes (type Mill-Hill) 745
L. SZENDI. — Analyse du moi et analyse du caractère 746
G. KANIZSA. — Sur la validation des diagnostics de personnalité 746
R. BLANCHÉ. — Sur l'opposition des concepts 747
E. BENVENISTE. — Tendances récentes en linguistique générale 747
M. DURAND. — Vision et audition dans la perception du langage 748
R. FRANCÈS. — Recherches expérimentales sur la perception de la mélodie 748

Psychanalyse.

- G. REDING. — La théorie psychanalytique de l'angoisse 749
H. ISHIDA. — Le signe du miroir 749

Biologie.

- Mlle C. CHATAGNON et P. CHATAGNON. — L'acide neuraminique constituant naturel des tissus et des liquides biologiques de l'homme et des animaux. Son intérêt en biologie médicale 750
G. MOURIQUAND, Mme Violette EDEL et Mlle Renée CHIGHIZOLA. — Chlorpromazine et indice chronologique vestibulaire 750
FONTAINE et LACHIVER. — La physiologie de l'homéotherme refroidi 751
Ch. KAYSER. — Hibernation et hibernation artificielle 751

Endocrinologie.

- E. ARON. — Hypothermie et réaction neuro-endocriniennes 752
L. ZIZINE. — La biogénèse des stéroïdes hormonaux 752
J. DECOURT, J.-P. MICHARD, E. BAULIEU, A. MAZALTON et Mlle C. DEBRAY. — Syndrome myasthénique chronique à poussées successives avec hypokaliémie sévère et coexistence d'un type particulier de dissociation des fonctions cortico-surrénales 753
J. DECOURT, E. BAULIEU, J.-P. MICHARD et J. LERNER. — Maladie de Cushing, étude clinique et biochimique ; effets de la surrénalectomie bilatérale 753
P. BATTESTI et ALLIGNOL. — Syndrome diencephalique complexe : association d'obésité et d'un syndrome basedowien 754
L. DE GENNES, H. BRICAIRE et J. GUILLON. — La réponse surrénale à l'A.C.T.H. dans l'insuffisance thyroïdienne 754
J. ROCHE et R. MICHEL. — Sur la 3 : 3'-diiodothyronine et la sécrétion hormonale du corps thyroïde 755
J. CÉSAR, J. RAVERA, D. MURGUI, E. RAWAK et A. TERRA. — Troubles mentaux dans le myxœdème de l'adulte 755
H. KOIKEGAMI, T. YAMADA et K. USUI. — Stimulation des noyaux amygdaliens et du cortex péri-amygdalien avec un rapport spécial sur ses effets sur les mouvements et l'ovulation utérins 755

Thérapeutique.

- W. KRETSCHMER JR. — La psychothérapie dans les temps modernes 756
H. VERGARA. — Problèmes de la psychothérapie 756
Mireille MONOD. — Problèmes du transfert dans les psychothérapies d'enfants soignés en sanatorium 756
J. C. WHITEHORN et B.-J. BETZ. — Etude des rapports psychothérapeutiques entre les médecins et les schizophrènes 756
D. M. HAMILTON. — Rétablissements remarquables de schizophrènes obtenus par une psychothérapie intensive de longue durée 757
R. ZAVALLONI. — Le processus du choix volontaire dans les cas de « psychothérapie centrée sur le client » 757
M. BOLGERT et L. CHIAPPONI. — Guérison d'un cas de psoriasis généralisé par injections intra-musculaires d'eau distillée 758

(Suite du sommaire page XI).

HYDROTHERAPIE — ÉLECTROTHERAPIE



CHATEAU DE SURESNES

10, Quai Gallieni. Tél. : Long. 12.88
situé aux portes de Paris (Métro Porte de Neuilly. Autobus 144)

Maison de santé moderne - pour malades nerveux -
fondée par M. le D^r V. MAGNAN

Membre de l'Académie de Médecine

Médecins-Directeurs : D^r FILLASSIER - D^r DURAND-SALADIN

- E. A. HARGROVE, A. E. BENNETT et M. STEELE. — Recherches sur l'acide carbonique comme adjuvant de la psychothérapie dans quelques névroses 758
- S. BETLHEIM et D. BLAZEVIC. — La psychothérapie de groupe 758
- A. BRONNER. — Observations sur la thérapeutique de groupe en pratique privée 759
- M. BALINT. — Enseignement en psychothérapie du praticien général 759
- I. STEVENSON et T. H. FISHER. — Technique pour la réhabilitation professionnelle de malades mentaux inemployés depuis longtemps 759
- L. GAYRAL. — Réadaptation et réhabilitation professionnelle des petits psychopathes 760
- J. LEREBoullet et D. LEMOINE. — La rééducation dans les affections du système nerveux central. Ses indications, ses résultats 760
- J. HAMEL, J.-R. GÉRARDIN, M. BEIS et M. EURNET. — Quelques aspects cliniques et thérapeutiques de l'alcoolisme (4 ans de cure de désintoxication en service ouvert au centre psychothérapique de Nancy) 761
- N. VURDELJA. — Intoxication par l'antabuse 761
- A. BERTOLONI. — Proposition d'une tentative de thérapeutique biologique des maladies mentales 761
- J. W. L. DOUST et R. A. SCHNEIDER. — Bombardement sensoriel rythmique thérapeutique (R.S.B.T.). Un nouveau traitement pour malades atteints de troubles mentaux 761
- L. MEDUNA. — Base physiologique du traitement des névroses par l'acide carbonique 762
- RAYMOND-HAMET. — Sur la présence ignorée jusqu'ici d'un alcaloïde sympathicolytique dans les tiges d'une rubiacée asiatique: l'Ourouparia formosana matsumura et Hayata 762
- J. D. MORIARTY. — Appréciation sur le traitement par inhalation d'acide carbonique 762
- M. SCHOU, N. JUEL-NIELSEN, E. STROMGREN et H. VOLDBY. — Traitement des psychoses maniaques par l'administration de sels de lithium 763
- P. S. BERGMAN, H. H. STROO et R. FEINSTEIN. — Modifications mentales et électro-encéphalographiques par injections intraveineuses de barbituriques chez des sujets atteints de maladies organiques cérébrales 763
- M. PERRAULT, F. KIRSCH et J. DELATTRE. — Des-tramphétamine intraveineuse à faibles doses dans le traitement de l'obésité psychogène et d'autres manifestations psycho-somatiques 763
- E. D. BOND. — Résultats des traitements psychiatriques avec séries contrôlées. Etude portant sur 25 années 764
- M.-H. BONNET et E. CHABOT. — Manifestations électro-cliniques survenues au cours du traitement d'une psychose anxieuse par diverses thérapeutiques médicamenteuses 764
- M. POROT. — Streptomycine, isoniazide et troubles psychiques 765
- A.-M. FIAMBERTI. — L'état actuel de la thérapeutique acétylcholinique, avec ou sans choc, dans les maladies mentales 765
- E. BALDUZZI et C. MONZA. — Le traitement de la schizophrénie par l'acétylcholine selon Fiamberti à l'hôpital neuro-psychiatrique de Varese en 1913 et de 1918 à 1952 765
- H. BOURNE. — Le mythe insulinique 766
- M.-H. BONNET et G. MALPERTUY. — Corrélations électro-biologiques au cours des « comas » insuliniques chez 18 malades mentaux 766
- J. E. LITSCHUTZ. — Coma insulinothérapique. Exposé des résultats dans un hôpital militaire 766
- H. P. DAVID. — Critique des recherches psychiatriques et psychologiques concernant le traitement insulinique de la schizophrénie ... 767

(Suite du sommaire page XIV).

NOUVEAU TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME

ESPERAL

COMPRIMÉS DIVISIBLES DE DISULFURE DE TETRAÉTHYLTHIO-URAME

SITSA

NE S'EMPLOIE QUE SUR PRESCRIPTION MÉDICALE
NOTICE SPÉCIALE SUR DEMANDE

LABORATOIRES SITSA 15 RUE DES CHÂMPS ASNIÈRES, SEINE-SEINE 37-34

DOCTEUR PIERRE ROLLAND PHARMACIEN

Neuroplégique

LARGACTIL

CHLORHYDRATE de CHLORO-3 (DIMÉTHYLAMINO-3'PROPYL)-10 PHÉNOTHAZINE
(*Chlorpromazine*)

NEURO- PSYCHIATRIE

4560 R.P.

AGITATION PSYCHOMOTRICE
ÉTATS CONFUSIONNELS
ÉTATS ANXIEUX · DÉPRESSIONS
OBSESSIONS · CÉNESTOPATHIES
INSOMNIES REBELLES
CURES DE SOMMEIL
NÉVRALGIES · ALGIES DIVERSES
DYSTONIES NEURO-VÉGÉTATIVES

*Remboursé par la
Sécurité Sociale*



AMPOULES de 5 ml dosées à 25 mg
pour injections intramusculaires
profondes (boîtes de 10)

AMPOULES de 2 ml dosées à 50 mg
pour perfusions intraveineuses
(boîtes de 5)

COMPRIMÉS dosés à 25 mg
(flacons de 50)

SUPPOSITOIRES dosés à 100 mg de base
(boîtes de 5)

SUPPOSITOIRES dosés à 25 mg de base
(boîtes de 5)

GOUTTES une goutte = 1 mg
(flacons de 10 ml)

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES TROUBLES MENTAUX AU COURS DES TUMEURS DU LOBE FRONTAL

*A propos de 80 observations
dont 54 avec troubles mentaux* (1)

PAR

R. ANGELERGUES, H. HÉCAEN et J. DE AJURIAGUERRA

L'importance du rôle du lobe frontal dans les processus les plus complexes de la vie psychique a été depuis longtemps reconnue et a donné lieu à de multiples travaux et discussions. Depuis une dizaine d'années, le développement des interventions chirurgicales sur ce lobe dans le but d'améliorer certains syndromes mentaux est à l'origine d'un très grand nombre de publications qui ont donné à ces discussions un regain d'actualité, en même temps qu'elles apportaient des éléments nouveaux.

En fait, les fonctions psychiques du lobe frontal ont été surtout débattues d'après les constatations fournies par les lésions traumatiques et par les séquelles des diverses interven-

(1) Travail du Centre neuro-chirurgical des hôpitaux psychiatriques de la Seine (professeur agrégé M. David).

tions chirurgicales, lobectomies, lobotomies et topectomies. Les troubles psychiques observés dans les tumeurs frontales n'ont représenté qu'un appoint très secondaire aux tentatives de précision du rôle du lobe frontal dans la vie mentale. Les raisons en sont essentiellement de deux ordres ; la lésion destructrice s'accompagne toujours dans les tumeurs de retentissements à distance : compressions de voisinage et hypertension intracrânienne ; d'autre part, l'importance et l'étendue des lésions locales est toujours difficile à apprécier : ou bien la tumeur infiltre et il est presque impossible d'affirmer, même au cours de l'intervention chirurgicale, les limites exactes de cette infiltration, ou bien la tumeur comprime et l'on ne peut que supposer les véritables dégâts nerveux produits par cette compression ; si l'on peut procéder à une vérification anatomique secondaire, les lésions opératoires viennent alors gêner les appréciations exactes.

Malgré ces imperfections nécessaires, nous pensons qu'une étude sémiologique attentive des sujets porteurs de tumeurs du lobe frontal peut apporter aux problèmes toujours en discussion des données très intéressantes. De plus, la sémiologie psychiatrique prend, dans ces tumeurs, souvent le pas sur la sémiologie neurologique et il y a le plus grand intérêt, sur un plan purement clinique, à préciser toujours mieux le syndrome mental des tumeurs frontales. Telles sont les raisons qui nous ont incités à reprendre, sur la base de 80 observations de tumeurs exclusivement frontales recueillies dans le service du professeur agrégé Marcel David, l'étude des troubles mentaux et de les comparer avec ceux observés dans un groupe de 25 tumeurs fronto-temporales et dans un groupe de 11 tumeurs rolandiques.

Nous ne reprendrons pas l'étude anatomique du lobe frontal et nous préciserons seulement que le terme de « lobe frontal » est employé ici dans un sens restrictif, d'ailleurs devenu aujourd'hui prévalent, par rapport à la réalité anatomique exacte : il désigne la volumineuse portion antérieure du lobe en avant et à l'exclusion de la circonvolution rolandique. Mais nous voudrions rappeler, avant d'aborder la symptomatologie tumorale propre, les éléments du syndrome psychiatrique frontal tels qu'ont permis de les définir, à l'heure actuelle, les études expérimentales et anatomo-cliniques et tels qu'ils ont pu être présentés de façon schématique et didactique.

LE SYNDROME PSYCHIATRIQUE DES LÉSIONS DU LOBE FRONTAL

Il est classique de séparer en trois catégories les troubles mentaux observés : troubles de l'humeur et du caractère ou troubles de la personnalité ; les troubles de l'activité, séparés quelquefois assez artificiellement des précédents, surtout lorsqu'ils intéressent assez globalement le comportement du sujet ; troubles intellectuels. A ces trois groupes, il convient d'ajouter les troubles paroxystiques.

Certains auteurs confondent les troubles de l'humeur et du caractère et les troubles de l'activité dans un seul cadre, celui des troubles de la personnalité auxquels ils donnent une place privilégiée par rapport aux troubles intellectuels, allant même jusqu'à faire découler ceux-ci directement des troubles de l'affectivité. D'autres, au contraire, donnent aux troubles intellectuels, en particulier aux troubles mnésiques, la place prépondérante. Sans préjuger de leur importance réciproque, et tout en reconnaissant les insuffisances et la fragilité de la classification proposée, nous allons, sous les trois rubriques précitées, énumérer plus que décrire les différents symptômes qui peuvent être observés.

1° LES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU CARACTÈRE

Ils consistent surtout en une exaltation du tonus affectif, avec euphorie, insouciance du présent et de l'avenir et, en particulier, des manifestations de l'état morbide ; l'exaltation instinctive est souvent parallèlement observée, surtout dans le sens de l'érotisme. Le malade manifeste, dans son euphorie, un comportement puéril, avec, quelquefois, la recherche mal adaptée d'une préciosité du langage.

L'exaltation et l'excitation euphorique du malade peuvent prendre un aspect hypomaniaque atypique que l'on décrit sous le terme de « moria » : le malade, subexcité, volontiers érotique, accable l'examineur de plaisanteries et de réflexions caustiques qui sont beaucoup moins accrochées au réel que celles du maniaque et qui peuvent être frappées de puérilité.

Les diverses manifestations de l'excitation, de l'exaltation et de l'euphorie sont rarement permanentes, elles surviennent en général par bouffées plus ou moins prolongées sur un fond d'apa-

thie, d'aboulie et d'indifférence. Elles peuvent alterner avec de véritables phases de dépression. Cependant, les dépressions vraies sont assez peu fréquentes, elles ne prennent que rarement l'aspect de la mélancolie et sont surtout caractérisées par des états asthéniques et akinétiques, elles sont souvent plus des troubles de l'activité que des troubles de l'humeur.

Parmi les réactions caractérielles, il en est une qui est très couramment observée : l'irritabilité ; elle peut être la première manifestation morbide et atteindre un degré tel qu'elle transforme absolument le comportement du malade qui devient insupportable pour son entourage.

Les troubles affectifs et instinctifs ne prennent que rarement une allure psychopathique ; cependant, on a pu signaler de véritables manifestations de perversions instinctives.

2° LES TROUBLES DE L'ACTIVITÉ

Leur caractéristique est la diminution importante et, en général, globale de toutes les activités extérieures, physiques et intellectuelles. Le malade ne répond plus aux nécessités de la vie quotidienne, ou n'y répond-il qu'après des sollicitations répétées de son entourage. Il en est ainsi même pour les activités les plus habituelles et les plus automatisées : se lever, faire sa toilette, s'habiller, prendre ses repas, etc... Ces activités ne sont pas perturbées en elles-mêmes, le malade n'est ni apraxique ni confus, il est effectivement parfaitement capable de les réaliser lorsqu'on le sollicite fortement ; ce qui est troublé, c'est la mise en route de l'acte qui ne se produit plus dans les conditions qui, habituellement, le déclenchent. C'est un trouble de l'incitation à l'action qui donne au malade l'aspect d'un manque d'initiative.

Cette rupture entre le malade et le monde extérieur, cet appauvrissement des échanges, cette absence de réactions devant les choses, les personnes et les événements, apparaissent comme une perte de l'intérêt du malade pour le monde qui l'entoure ; quoique certains auteurs insistent sur le fait qu'il ne s'agit que d'un trouble de l'activité qui empêche le malade de manifester son intérêt, il paraît bien qu'un des éléments importants du syndrome psychiatrique frontal soit une dégradation importante de l'intérêt, de l'attention que le malade porte à son entourage et qui va de pair avec un véritable dessèchement de son affectivité ou l'expansion automatique d'une affectivité inadaptée.

Le manque d'incitation à l'action peut se traduire plus préci-

sément par l'atteinte de certaines fonctions psycho-motrices. On a ainsi décrit un trouble du regard homolatéral totalement indépendant d'une paralysie oculaire, avec absence de réaction aux stimuli visuels du même côté.

3° LES TROUBLES INTELLECTUELS

Ils sont très nettement dominés par les troubles de l'attention et de la mémoire, les premiers conditionnant d'ailleurs les seconds pour certains auteurs.

Les troubles de l'attention se manifestent souvent dès le premier examen du malade, auquel il est nécessaire de répéter plusieurs fois les questions et les consignes.

Les troubles de la mémoire apparaissent également en général de façon manifeste lorsqu'on interroge le malade sur son histoire et sur ses antécédents. Ils intéressent essentiellement les faits récents ; c'est une amnésie de fixation entraînant la constitution d'une amnésie antérograde. Cependant, la mémoire peut être atteinte de façon plus globale et le déficit peut prédominer quelquefois sur les faits anciens.

Ces troubles de l'attention et de la mémoire peuvent faire partie d'un véritable syndrome confusionnel avec troubles de l'orientation dans le temps et dans l'espace, perplexité, égarement, toute activité nécessitant de la part du malade un effort pénible. Dans quelques cas, ce syndrome confusionnel peut prendre un aspect korsakovien.

Les états démentiels véritables ne sont pas rares, mais le déficit des fonctions supérieures de synthèse mentale n'est pas en général pur ; il est associé à des troubles de l'humeur et du caractère qui peuvent conférer au tableau clinique l'aspect d'une paralysie générale. Il convient d'autre part de rappeler ici l'importance de l'atteinte frontale dans les états démentiels du type de la maladie de Pick ou de la maladie de Gans.

4° LES TROUBLES PAROXYSTIQUES

On a pu noter, parfois, des troubles psychiques brusques et transitoires, en particulier des phénomènes de désorientation, prenant quelquefois l'aspect des équivalents épileptiques. Enfin, les phénomènes de « pensée forcée » paraissent dépendre, en tant qu'auras épileptiques, de lésions frontales.

LES TROUBLES PSYCHIQUES AU COURS DES TUMEURS FRONTALES

I. Historique

Avant que des études systématiques soient entreprises, des cas isolés de perturbations importantes du comportement, chez des malades porteurs d'une tumeur frontale, avaient frappé plusieurs auteurs, même si les faits avaient été observés de façon purement accidentelle. Tel est, par exemple, le cas rappelé par Lhermitte (35), de l'observation de Velpeau et Delpech. Un homme de 66 ans entre à l'hôpital de la Charité pour une affection urinaire banale, mais il présente des troubles du comportement qui frappent les chirurgiens : il « se montre toujours préoccupé de son esprit, plaisante toujours, est farceur jusqu'à l'extravagance » ; l'autopsie montra une tumeur bilatérale destructive des lobes frontaux.

Nous n'avons pas ici l'intention de reprendre tous ces cas isolés et nous nous bornerons à rappeler les travaux essentiels. Une bibliographie très complète des travaux antérieurs à 1939 est contenue dans l'ouvrage de Rylander (48). Nous rapporterons d'abord les études où sont envisagées toutes les tumeurs frontales sans distinction de leur nature, et de leur siège, puis nous analyserons les travaux consacrés aux trois grandes catégories de méningiomes, susceptibles de comprimer de façon prévalente l'une des trois faces du lobe frontal et posant de ce fait des problèmes théoriques sur les localisations à l'intérieur du lobe frontal.

Le premier travail d'ensemble est l'ouvrage de Schuster (53) consacré aux troubles psychiques au cours des tumeurs cérébrales. L'auteur ne parvient pas à différencier un syndrome frontal spécifique et les troubles les plus fréquemment relevés ne se distinguent pas de ceux des autres tumeurs encéphaliques : torpeur, obnubilation, irritabilité, symptômes rappelant la paralysie générale, états dépressifs ; il note cependant que ces troubles sont nettement plus fréquents dans les tumeurs frontales.

Pfeiffer (45), après une étude attentive de 86 observations de tumeurs de localisations diverses recueillies à l'Université de Halle, arrive à une conclusion analogue. Il insiste cependant sur la fréquence, au cours des tumeurs frontales, du manque d'initiative, de l'euphorie et des modifications de la personnalité.

C'est également sur l'étude générale des tumeurs qu'est bâti

le travail de Baruk (8). Il décrit d'abord un syndrome psychiatrique général des tumeurs cérébrales qui serait indépendant de leur localisation, mais il remarque, dès cette étude générale, que les troubles mentaux précoces sont surtout liés aux tumeurs frontales et calleuses.

Baruk envisage ensuite les tumeurs du lobe frontal, et son étude est basée sur 11 cas vérifiés anatomiquement, dont 9 avec des troubles psychiques profonds, 1 avec des troubles légers et 1 seulement sans trouble psychique. Il insiste à nouveau sur la précocité des manifestations mentales et rappelle l'opinion de Oppenheim, selon laquelle une des caractéristiques fondamentales des troubles mentaux des tumeurs frontales par rapport à ceux des autres tumeurs cérébrales est le fait qu'ils apparaissent beaucoup plus tôt, « avant que les autres manifestations de l'hypertension soient accusées ».

Le premier groupe de troubles décrit par Baruk est lié à l'affaiblissement intellectuel : confusion avec torpeur caractérisée par le fait que les troubles confusionnels sont précoces et particulièrement accusés et que la torpeur est d'apparition rapide et intense ; manifestations narcoleptiques à propos desquelles l'auteur rappelle le cas du malade de Cawen qui, porteur d'une volumineuse tumeur des lobes frontaux, présenta un sommeil prolongé de huit mois ; formes démentielles rappelant surtout la paralysie générale, mais habituellement non délirantes.

Son deuxième groupe symptomatique est constitué par les troubles du caractère et de l'humeur : euphorie, puérilisme traduit par des réflexions, des jugements et des occupations, en particulier des jeux du malade qui sont de niveau infantile, érotisme surtout verbal, moria, quelquefois véritable état hypomaniaque, troubles du sens moral caractérisés par l'égoïsme et le manque de retenue.

Le troisième groupe comprend les troubles de l'orientation spatiale, étudiés par Pierre Marie et Béhague, qui contraignent le malade à user « d'artifices renouvelés de l'histoire du Petit Poucet ».

Quant à la valeur sémiologique de ces troubles, Baruk exprime l'opinion qu'ils n'ont aucune spécificité dans leur nature et qu'ils se distinguent seulement de ceux produits par les autres tumeurs, par leur précocité et leur intensité d'emblée profonde ; mais, même de ce point de vue, leur différenciation est impossible d'avec les troubles mentaux des tumeurs du corps calleux.

Clovis Vincent (54) emprunte à Pussep la description des troubles mentaux provoqués par les tumeurs frontales. Nous y

retrouvons à peu près les éléments que nous avons décrits dans le syndrome frontal général. L'auteur estime que si les troubles mentaux sont parfois évidents et d'emblée caractéristiques, et il en est ainsi des troubles du caractère, des troubles de l'activité et de la désorientation, ils sont parfois difficiles à mettre en évidence, noyés dans le tableau des troubles dus à l'hypertension et souvent passagers au début de l'évolution clinique. Une manifestation quasi-constante dans les tumeurs frontales est la perte par le malade de la notion de la gravité de son état. Dans trois seulement des 25 observations que Cl. Vincent rapporte, on ne relève pas de troubles mentaux.

Kolodny (23) étudie 30 cas de tumeurs frontales, dont 16 gauches, 12 droites et 2 bilatérales ; 22 malades présentaient des troubles mentaux. L'auteur est aussi d'avis que ceux-ci ne sont pas spécifiques d'une atteinte frontale ; il ne relève pas de différence sensible dans la symptomatologie suivant le côté atteint par la tumeur.

L'auteur relève 13 cas (43 %) de troubles de la mémoire, alors que, dans un groupe de tumeurs temporales, il en avait relevé 50 % ; ces troubles sont précoces et portent seulement sur les événements récents, ce dernier caractère les opposant aux troubles relevés dans les cas de tumeurs temporales. Les malades présentent souvent des intervalles au cours desquels leur mémoire est satisfaisante.

Les troubles de l'humeur existaient dans 13 cas, surtout dans le sens exaltation, sentiment de bien-être, tendance aux facéties allant jusqu'à l'euphorie caractérisée (8 cas), souvent avec des périodes d'irritabilité et de morosité ; le puérilisme est fréquent, mais l'auteur n'a jamais retrouvé les rires et pleurs impulsifs signalés par Sachs.

Kolodny a également relevé des troubles du comportement (7 cas) caractérisés par l'égotisme, la perte par le malade de l'intérêt pour ses fonctions sociales, la perte du sens de l'éthique et du contrôle sexuel.

Trois malades présentaient un syndrome de confusion mentale avec désorientation et quatre une hypersomnie importante, qu'il différencie comme Baruk de la stupeur ; ces quatre derniers cas représentent 13 % de son matériel, alors qu'il avait relevé 23 % des cas présentant le même symptôme dans un groupe de tumeurs temporales. L'auteur insiste sur le fait que le siège de la tumeur dans ces quatre cas ne permet pas de confirmer l'opinion selon laquelle le trouble du sommeil est dû à une atteinte du III^e ventricule. Nous en rapprocherons immédiatement les

remarques faites plus tard par Davison et Demuth (17) à propos des troubles du sommeil : sur neuf cas rapportés par ces auteurs de lésions corticales avec troubles du sommeil, dont cinq sans hypertension intracrânienne, deux seulement présentaient une lésion qui n'intéressait pas le lobe frontal.

Frazier (21), analysant la symptomatologie présentée par 105 malades porteurs de tumeurs exclusivement frontales, insiste sur la grande fréquence des troubles psychiques (60 cas). Le signe qui lui paraît le plus important est la perte de la mémoire, surtout des faits récents ; il indique qu'il y a peut-être lieu d'incriminer, dans l'étiologie de ce trouble, l'incapacité de concentration et de fixation de l'attention chez ces malades. La baisse des capacités intellectuelles, la pauvreté de leur jugement, expliquent les fréquentes erreurs de ces malades dans leur travail. Enfin, les modifications de la personnalité sont souvent notables : émotivité, irritabilité, euphorie, moria, indifférence, obscénité. Frazier souligne aussi le puérilisme.

Messimy (37), après avoir rappelé ses études expérimentales chez le singe, base son étude clinique sur 148 observations de tumeurs frontales recueillies dans le service de Cushing. Ces tumeurs se répartissent ainsi : 102 gliomes, 46 méningiomes. Les troubles psychiques ont marqué 14 fois le début de la maladie dans les gliomes, alors que les troubles visuels leur sont souvent antérieurs dans les méningiomes. Chez 11 malades porteurs de gliomes et chez 7 porteurs de méningiomes, on nota des hallucinations, mais dans trois cas elles n'apparurent qu'après l'intervention ; il s'agissait surtout de tumeurs volumineuses et bilatérales ; les hallucinations sont en général complexes, visuelles-auditives ou visuelles-auditives-olfactives, auxquelles s'associaient dans deux cas des hallucinations cœnesthésiques. La somnolence peut apparaître dès le début de la maladie, même en l'absence de toute stase papillaire.

Messimy détaille ensuite le bilan mental des malades porteurs de tumeurs frontales. Notons d'abord que, parmi les troubles moteurs, la tendance cataleptique est signalée dans quatre cas et que certains troubles sensitifs relevés paraissent de nature hystérique.

L'auteur considère que le déficit de la mémoire est un symptôme capital ; il l'a noté dans 70 % des cas ; il s'agit essentiellement d'une amnésie de fixation, qui peut d'ailleurs être intermittente. La baisse de la concentration intellectuelle est presque aussi fréquente et se traduit par un ralentissement psychique et une impossibilité d'effort mental.

Cependant, Messimy estime que les troubles de l'affectivité sont prépondérants et que les troubles des mécanismes intellectuels leur sont en grande partie secondaires. Dans 1/3 des cas, il a noté une euphorie allant jusqu'à la moria, avec jeux de mots, coq-à-l'âne et remarques ironiques. La dépression est beaucoup moins fréquente avec tendance à l'autisme ; la mélancolie est rare, mais il a cependant relevé un suicide. La perte d'initiative, le manque d'enthousiasme, d'ambition soutenue, d'énergie et de volonté fait que ces malades négligent leurs devoirs professionnels et privés, se conduisent souvent avec malpropreté, vantardise et goinfrerie, et sont comparables à de « grands enfants ».

L'activité est également modifiée à la fois sur le plan verbal et sur le plan moteur ; elle va de l'apathie à l'hyperactivité stéréotypée, du mutisme au bavardage, des aspects schizoïdes aux états hypomaniaques. L'irritabilité est excessive dans 1/3 des cas, et les aspects hystéroïdes, « excessifs », ne sont pas rares ; une malade avait été traitée pendant quatre ans comme une hystérique.

Schroeder (52), sur la base de 18 observations de tumeurs frontales vérifiées, dont sept avec troubles mentaux, ainsi que de l'étude de la littérature, conclut que, dans la production des troubles mentaux, ni la localisation, ni la nature, ni le siège extra ou intracérébral de la tumeur n'interviennent. C'est l'œdème cérébral seul qui en est responsable : si les troubles mentaux sont plus fréquents au cours des tumeurs de ce lobe, c'est que, pour des raisons anatomiques, ces néo-formations sont plus susceptibles d'entraîner l'apparition de l'œdème.

Busch (12) rapporte 47 cas de gliomes intéressant les lobes frontaux et 36 cas de méningiomes du tiers antérieur.

Parmi les 22 gliomes gauches, dont 14 avec stase papillaire, il note 13 cas de torpeur, 14 avec troubles de la mémoire, 2 avec troubles post-paroxystiques, 1 avec dépression et psycho-labilité. Parmi les 16 gliomes droits, dont 14 avec stase papillaire, 11 cas de torpeur, 9 avec troubles mnésiques, 3 cas de moria, 2 de fatuité euphorique, 2 d'exaltation et 3 de dépression et psycho-labilité. Parmi les 9 malades porteurs de gliomes bilatéraux, dont 7 avec stase papillaire, 4 présentaient un état de torpeur, 7 des troubles mnésiques, 2 une fatuité euphorique, 3 une démence organique, 1 une exaltation et 2 une dépression avec psycho-labilité. L'auteur précise que la différence apparente entre les tumeurs droites et les tumeurs gauches provient du fait qu'il y avait dans sa série de tumeurs gauches beaucoup plus de tumeurs moins malignes que dans la série de tumeurs droites ;

d'autre part, les glioblastomes bilatéraux ont toujours été marqués par un déficit psychique massif.

Parmi les 36 cas de méningiomes du tiers antérieur (tiers antérieur du sinus, suprasellaires, ethmoïdaux, tiers antérieur de la convexité), dont 14 avec stase papillaire, Busch relève 9 cas de torpeur, 31 cas de troubles mnésiques, 4 cas de moria, 2 de fatuité euphorique, 5 de démence organique, 6 de troubles post-paroxystiques, 1 d'exaltation et 7 de dépression et psycholabilité.

Nous retiendrons en particulier de cette étude la très grande fréquence des troubles mnésiques (30 cas sur 47 dans les gliomes et 31 cas sur 36 dans les méningiomes) et la fréquence nettement plus grande de l'état de torpeur dans les gliomes (28 cas sur 47) que dans les méningiomes (9 cas sur 36).

G. de Morsier et Rey (40) concrétisent, à propos de trois cas cliniques, les idées présentées auparavant par G. de Morsier (39) sur l'importance fondamentale du syndrome d'amnésie de fixation dans les atteintes frontales bilatérales. Ils étudient un cas de tumeur suprasellaire, un cas de tumeur fronto-temporale (ménin-giome de la petite aile du sphénoïde) avec obnubilation importante, fatigabilité considérable, mais intelligence normale et surtout fonctions mnésiques et mémoire immédiate normales, et un cas de méningiome sous-frontal bilatéral ; ce dernier malade a présenté, après dix ans de céphalées isolées, des pertes de la mémoire, puis de l'hypersomnie, de l'irritabilité avec insociabilité, une diminution de ses capacités de travail et de son rendement professionnel, puis une impuissance sexuelle totale avec perte de la libido, avant que n'apparaisse une baisse de la vue ; l'examen psychologique montra une intelligence normale, mais une attention moyenne, une fatigabilité considérable et surtout un important déficit de l'acquisition et de la conservation mnésique.

Les auteurs en concluent qu'il existe deux pôles de la fonction d'acquisition mnésique, l'un diencéphalique et l'autre cortical préfrontal. Si l'un de ces pôles est mis hors de fonction (lésion diencéphalique ou préfrontale bilatérale), on observe une amnésie de fixation. Dans son travail antérieur (39), G. de Morsier tendait à établir une dominance préfrontale pour la fonction mnésique, d'ailleurs à peu près également répartie entre les deux côtés parmi les individus et qui expliquait l'amnésie de fixation par atteinte unilatérale du lobe frontal dominant. De Morsier rapportait à l'appui de son opinion de nombreux cas de tumeurs unilatérales avec troubles de la mémoire de fixation : 22 cas de

Schuster (1902), dont 8 tumeurs droites et 14 tumeurs gauches, 25 cas de Sachs (1927), dont 10 tumeurs droites et 15 tumeurs gauches et 2 cas personnels, 1 de tumeur droite et 1 de tumeur gauche. L'auteur complétait sa démonstration en montrant, dans tous les cas de tumeurs bilatérales publiées dans la littérature, la constance du déficit mnésique de fixation.

Paillas, Boudouresques, Bonnal et Provansal (43) présentent, sur la base de 72 cas, une étude clinique des tumeurs frontales qui sera développée par Provansal (46) sur l'étude de 82 cas. Sur 72 malades porteurs de tumeurs strictement frontales, 39 (54 %) ont présenté des troubles psychiques avant tout signe ophtalmologique d'hypertension intracrânienne.

Les troubles caractériels et thymiques furent présents sous forme de phénomènes d'excitation dans 15 cas (5 cas de moria, 5 d'hyperactivité génésique, 2 de boulimie, 2 de rires et pleurs impulsifs, 1 d'impulsivité avec actes anti-sociaux) et sous forme d'inactivité, d'indifférence et d'apathie dans 26 cas ; les auteurs insistent sur la grande importance pour le diagnostic de ces derniers troubles qui en sont l'élément le plus constant et se manifestent en général avant tout signe d'hypertension intracrânienne ; par contre, ils n'ont pas relevé de syndromes dépressifs vrais et les trois cas qu'ils ont observés répondaient à des tumeurs fronto-temporales.

Les troubles intellectuels observés sont dominés par le déficit mnésique (28 cas), habituellement observé parmi les signes de début et intéressant surtout les faits récents, la mémoire des faits anciens n'étant atteinte que dans deux cas. Une désorientation, soit dans le temps, soit dans l'espace, a été observée cinq fois ; cinq fois, également, les auteurs ont relevé une perte de l'autocritique et, dans deux cas seulement, une inconscience de la maladie.

Provansal note que les syndromes psychiatriques sont moins marqués que dans les tumeurs temporales, en particulier dans le sens de la démence ; les plus fréquents sont les syndromes confusionnels, dont un cas de syndrome de Korsakov, mais les états démentiels sont réduits à deux cas de pseudo-paralysie générale.

Les observations avec troubles mentaux se répartissent de la façon suivante au point de vue anatomique : 15 méningiomes, 14 gliomes et 10 tumeurs non histologiquement contrôlées. Selon Provansal, ce sont les gros méningiomes qui donnent le maximum de troubles psychiques et, d'une façon plus générale, les tumeurs « dures » qui donnent le plus de manifestations mentales. Au point de vue anatomique, les tumeurs interhémisphé-

riques et intraparenchymateuses arrivent au premier rang pour la symptomatologie psychiatrique, alors que le côté de la tumeur ne semble pas jouer un rôle important ; à ce point de vue, les observations se répartissent de la façon suivante : 18 tumeurs droites, 12 gauches et 9 bilatérales.

L'auteur dégage enfin quelques formes cliniques particulières : formes à troubles mentaux isolés (avec une évolution clinique de 8 ans dans un cas), tumeurs profondes dans lesquelles les troubles psychiques sont les plus purs, tumeurs de la pointe du lobe dans lesquelles les troubles mentaux sont les derniers à apparaître, tumeurs fronto-calleuses où les perturbations psychiques sont au premier plan, tumeurs fronto-temporales qui « réalisent les plus beaux syndromes psychiques ».

Schlesinger (51) rapporte que, sur un matériel de 216 tumeurs frontales, la fréquence des troubles mentaux était la suivante : 92 % parmi les 50 tumeurs bilatérales extraventriculaires, 64 % parmi les 31 tumeurs bilatérales intraventriculaires, 80 % parmi les 36 tumeurs baso-frontales unilatérales et 65 % parmi les 93 tumeurs de la convexité et du centre ovale. Dans l'ensemble de cette série de tumeurs frontales, les désordres du comportement, de la personnalité et de la conscience, étaient présents plus fréquemment et plus sévèrement que dans les autres variétés de tumeurs cérébrales.

Schlesinger pense que, dans les tumeurs unilatérales, la sévérité des troubles cliniques résulte de la compression du lobe primitivement intact ou de la propagation du trouble local par la voie du corps calleux ou de l'association des deux facteurs. Il essaye d'autre part de préciser les modalités du rôle des lobes frontaux dans les aspects émotionnels et affectifs de la vie mentale, dont l'importance est nettement confirmée par son matériel clinique.

Walther-Buel (56) présente un travail critique essentiellement axé sur le problème de la pathogénie des troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales et ce travail est appuyé sur la revue clinique de 600 cas de tumeurs. Parmi elles figurent 173 tumeurs frontales, dont 139 avec troubles psychiques (80 %) ; cette fréquence, quoique très grande, est inférieure, de façon surprenante, à celle notée dans les tumeurs pariétales (90 %), dans les tumeurs temporales (84 %), et dans les tumeurs occipitales (84 %). La fréquence des troubles psychiques varie avec l'âge et dans le même sens : 45 % jusqu'à 20 ans (9 cas), 79 % de 21 à 40 ans (57 cas), 84 % de 41 à 60 ans (99 cas) et 88 % au-dessous de 60 ans (8 cas).

Les troubles fondamentaux, aussi bien par leur fréquence que par leur intensité, sont, pour l'auteur, les troubles de la conscience (attention, mémoire, pensée, affectivité, volonté, jugement, etc...) qu'il présente sous forme de deux syndromes, se superposant d'ailleurs partiellement : le « psycho-syndrome organique » au sens de Bleuler et le « syndrome d'affaiblissement ». En dehors de ces syndromes dominants, l'auteur relève cinq fois des modifications du caractère, quatre syndromes maniaco-dépressifs et deux syndromes schizophréniques. Quant au syndrome frontal, tel qu'il est classiquement conçu, il ne le relève que dans trois cas. Et, à ce propos, Walther-Buel entreprend une critique sévère de la notion même de syndrome psychiatrique frontal.

Le seul élément auquel il reconnaisse une valeur focale est le manque d'initiative, selon la description de Kleist ; mais si ce symptôme est effectif dans les traumatismes frontaux, à propos desquels il a été individualisé, il est, pour l'auteur, extrêmement rare dans les tumeurs et, quand il existe, il n'a pas de valeur spécifique et entre dans le cadre des troubles généraux de la conscience. Reprenant les 14 cas de tumeurs frontales publiés par Berger (1923), dans lesquels Kleist avait noté six fois la perte de l'initiative, l'auteur exprime l'opinion que ce signe n'a de valeur spécifique que dans un cas, dans les cinq autres il n'est qu'un élément du syndrome général ; d'ailleurs, lorsqu'il existe des manifestations d'hypertension intracrânienne, on devrait refuser à ce signe une valeur focale.

L'altération mnésique serait toujours la traduction d'un retentissement général de la lésion, la somnolence et la stupeur n'auraient également aucune spécificité et, comme le ralentissement global des activités, serait un simple signe organique cérébral général. Les troubles de l'humeur et de l'affectivité peuvent être observés dans toutes les localisations cérébrales et dans les affections organiques diffuses. A ce propos, Walther-Buel différencie, après Sterling, la moria de Jastrowitz de la « Witzelsucht » (tendance aux facéties) d'Oppenheim ; alors que la première serait la simple disposition euphorique d'une démence, la seconde pourrait avoir une valeur spécifique d'atteinte frontale. Les modifications caractérielles rentrent en général dans le cadre du syndrome général ; cependant, si ces manifestations sont primaires, quoique possibles dans d'autres localisations, elles sont effectivement plus fréquentes dans les atteintes frontales.

Parmi les trois syndromes frontaux qu'il a lui-même relevés, l'auteur pense, par surcroît, qu'un seul peut-être considéré

comme l'expression directe de la lésion du lobe frontal. Si, en effet, il admet une possible spécificité focale de symptômes, tels que la perte de l'initiative, il se refuse à accorder une même spécificité à des syndromes complexes qui sont vraisemblablement non spécifiques et peuvent, d'ailleurs, être observés dans d'autres localisations. Il reconnaît la prédominance des troubles psychiques dans les tumeurs frontales, mais ce caractère ne provient pas, à son sens, d'une importance fonctionnelle particulière du lobe frontal dans la vie mentale ; l'explication de cette prédominance serait le silence neurologique des tumeurs frontales, qui permet aux syndromes psychiques de se manifester et d'apparaître comme prédominants, mais ces syndromes résultent en réalité d'une atteinte générale. Donc, selon Walther-Buel, on ne peut absolument pas se baser sur une atteinte mentale sévère pour s'orienter vers le diagnostic de tumeur frontale et une démonstration en serait fournie, par exemple, par la sévérité de l'atteinte psychique dans les tumeurs du mésencéphale.

En dehors de ces travaux d'ensemble, certains auteurs ont étudié spécialement les tumeurs extracérébrales comprimant le lobe frontal et en fonction de leur situation anatomique.

Les méningiomes sous-frontaux et, en particulier, ceux développés à partir de la gouttière olfactive ont fait l'objet d'intéressantes études.

Boestroem et Spatz (10) en rapportent quatre cas. Chez deux malades âgés, ils ont relevé un état démentiel de type sénile avec irritabilité et explosivité, et un état d'hypermotilité incessante. Les deux autres malades étaient plus jeunes (40 ans environ), et présentèrent, l'un une perte de l'inhibition sexuelle avec euphorie et trouble grossier de l'autocritique, l'autre un état dépressif auquel succéda une période d'euphorie obscène, puis des alternances d'apathie et d'euphorie.

Aiguier (1) reprend, avant l'étude des observations de Dechaume et Wertheimer, plusieurs observations de la littérature, notamment une observation de Clovis Vincent (54), dans laquelle le début fut caractérisé par des troubles exclusivement mentaux à évolution progressive, qui avaient conduit à porter le diagnostic de paralysie générale ; il est à noter que chez ce malade, alors qu'existaient d'importants troubles de la mémoire et du jugement, une akynésie et une indifférence marquées entraînant de profondes altérations de son comportement, il subsistait une conservation telle de certaines activités intellectuelles qu'il fut capable de

résoudre les problèmes de mathématiques spéciales posés au concours d'entrée à l'Ecole Polytechnique. Parmi les neuf observations rapportées par Aiguier, on relève dans huit des troubles psychiques importants. Dans cinq cas, le tableau clinique paraît avoir été dominé par les troubles de l'activité : manque d'initiative, apathie, indifférence. Dans trois cas, le tableau clinique évoqua la paralysie générale. Aussi, Aiguier insiste-t-il sur l'importance des troubles mentaux, aussi bien par leur fréquence que par leur intensité qui peut conduire à l'internement du malade. L'auteur distingue d'ailleurs ces troubles mentaux du syndrome d'hypertension intracrânienne ; ces troubles mentaux sont en effet précoces, et leur apparition se situe en général après celle des troubles de l'olfaction et de la baisse de la vue, mais avant les manifestations de l'hypertension qui va noyer en partie les manifestations psychiques « au milieu de l'obnubilation, de la torpeur et de la déchéance profonde ».

Olivecrona et Urban (42) présentent neuf observations, dont sept avec troubles mentaux. Les symptômes les plus communs sont l'euphorie, la moria, la perte de l'autocritique et de l'inhibition, la bradypsychie et quelques éléments korsakoviens ; dans quelques cas : dépression, apathie et hypermotilité marquées. Pour ces auteurs, les troubles mentaux apparaissent après les troubles de l'odorat et les céphalées, mais les familles ont en général noté, depuis longtemps, des troubles de la personnalité : instabilité, perte de mémoire et, surtout, diminution du sens éthique.

David et Askenasy (15) insistent, dans l'étude qu'ils consacrent aux méningiomes olfactifs, sur l'importance symptomatologique des troubles mentaux. Dans deux cas, ils constituèrent le mode de début de la maladie, sous forme de diminution de l'activité, de désintérêt pour le travail et pour les distractions, d'apathie. Une de ces observations présente un intérêt particulier par l'intensité et la précocité du syndrome psychique : « en promenade, (le malade) s'arrête longuement, parfois pendant une heure, à regarder ses souliers. Son bain terminé, il refuse de quitter la baignoire, même si on la vide » ; chez ce malade, les autres symptômes (troubles oculaires) n'apparurent que cinq ans et demi plus tard.

Cependant, les auteurs signalent que l'apparition des troubles mentaux est ordinairement plus tardive, mais leur fréquence est remarquable puisque, sur 13 cas, ils les observèrent 11 fois, et, dans 5 cas, l'apathie progressive fut au premier plan du tableau clinique ; ensuite, les auteurs insistent sur les états

maniaques, l'amnésie et les modifications du caractère. Enfin, ils rapportent une observation très intéressante de manifestations hallucinatoires visuelles observées chez une malade à la suite de la perte de la vision : elle « croit voir continuellement des objets variés : des rideaux à son lit, des tapisseries sur les murs, le plus souvent de couleur rouge, des meubles, une église, des seaux à charbon qui remplissent toute la chambre. Parfois, elle est environnée de parapluies grands ouverts, de légumes et de fleurs toujours blanches, d'un troupeau de rats ! La malade précise que ces visions se produisent en pleine conscience. Aucune des images qui forment le fond de ces visions ne représente des objets familiers, à part l'église qui est celle de son village. Les images qui lui apparaissent n'ont, presque toujours, aucun rapport avec les pensées qui traversent son esprit au même moment. La malade est surprise par leur apparition ».

David et Askenasy ont repris leur étude à propos d'un cas de volumineux méningiome olfactif bilatéral ultérieurement publié (16). La baisse des facultés intellectuelles, l'apathie et surtout l'indifférence, furent les traits dominants du tableau psychiatrique ; cette indifférence s'accompagnait d'une « sorte de sérénité », qui contrastait avec son caractère anxieux et sa propension aux préoccupations avant la maladie ; les renseignements fournis par la malade après l'intervention nous apporte quelques aspects du vécu subjectif de cette indifférence : « je ne me reconnaissais pas, j'étais devenue indifférente avec les miens ; ...j'étais contente de recevoir la visite des miens, mais quand ils partaient c'était pareil, je n'y pensais plus. La perspective de l'opération ne me faisait rien ». Retenons cette conscience et cette critique des troubles du comportement chez une malade avec une tumeur volumineuse, mais comprimant sans les infiltrer les lobes frontaux.

Cushing (14) rapporte dans son livre, avec Eisenhardt, 29 cas de méningiomes olfactifs ; dans six d'entre eux, les premiers signes furent constitués par des troubles de la personnalité, et un cas fut marqué par l'apparition simultanée de troubles de la mémoire et d'une baisse de l'acuité visuelle. Les troubles mentaux furent au total présents dans 12 cas.

Les méningiomes de la faux et les méningiomes parasagittaux ont également fait l'objet de plusieurs études. Seuls ceux du tiers antérieur retiendront notre attention.

Olivecrona (41) rapporte six cas de troubles mentaux sur dix

méningiomes parasagittaux (dont quatre bilatéraux) et deux cas sur cinq méningiomes de la faux.

Dandy, cité par Ethelberg (20), note l'éréthisme, l'irritabilité, l'instabilité, la logorrhée, l'explosivité, la jovialité, la perte de l'autocritique et du jugement, l'apathie et, dans un cas, un état comateux chez ses malades. Mais Ethelberg ne retrouve l'éréthisme et l'explosivité que dans un cas sur neuf.

Hermann, cité également par Ethelberg (20), retrouve le même type de troubles psychiques dans toutes les tumeurs sus-tentorielles ; cependant, dans les tumeurs frontales, les troubles émotionnels tendent vers l'explosivité et l'éréthisme. Ethelberg en déduit que l'atteinte bilatérale de la région médio-orbitaire conduit à des modifications émotionnelles et du comportement. Dans la même étude (20), l'auteur conclut que le tableau mental des méningiomes olfactifs, de la faux et parasagittaux du tiers antérieur, c'est-à-dire les méningiomes comprimant les faces inférieure et interne du lobe frontal, est fait de modifications de la personnalité et de troubles émotionnels. Les troubles mentaux sont par contre rares dans les méningiomes supra-sellaires, malgré l'existence de connexions intimes entre les régions orbitaires et les structures diencéphaliques.

Wertheimer, Dechaume et Mansuy (57), et Gaubens (23), insistent sur l'importance symptomatologique considérable des troubles mentaux dans les méningiomes parasagittaux et leur précocité, mais aussi sur la difficulté d'en faire un tableau schématique. Ces auteurs se réfèrent, sur ce point, à la description donnée par Olivecrona : diminution de la faculté de jugement, ralentissement de tous les processus psychiques (qu'ils attribuent à l'hypertension intracrânienne), diminution du goût pour le travail et de la capacité de travail, même chez les travailleurs manuels, modifications de l'humeur et du caractère, instabilité, rarement véritables démences. Ces troubles sont, au début, particulièrement discrets et ne sont ainsi reconnus, ni par le malade, ni par l'entourage.

Cushing et Eisenhardt (14) rapportent 13 cas de méningiomes parasagittaux, la plupart unilatéraux. Les troubles psychiques étaient tout à fait communs dans la symptomatologie : troubles de la mémoire, modification de la personnalité, euphorie, comportement désordonné (untidiness), jovialité.

Dans une étude récente, Petit-Dutaillis et Pertuiset (44) présentent quatre observations de méningiomes du tiers antérieur de la faux : deux bilatéraux, avec stase papillaire, dans l'évolution desquels aucun trouble psychique n'est signalé, et deux cas

de tumeur unilatérale. Ce sont dans ces deux cas, également avec stase papillaire, que sont notées des modifications mentales : état dépressif, puis baisse de la mémoire, boulimie, troubles psycho-moteurs au démarrage et à l'arrêt de la marche, enfin désorientation temporo-spatiale avec amnésie de fixation dans l'un et lenteur importante de l'idéation dans l'autre.

Les méningiomes de la convexité ont été, à notre connaissance, l'objet d'études moins nombreuses.

Cushing et Eisenhardt (14) en rapportent cependant 22 cas, dont 17 situés au niveau de la suture coronale (en général très volumineux) et 5 très antérieurs. Ils n'ont relevé dans ces 5 cas aucun symptôme psychique ; parmi les autres, au contraire, les troubles mentaux furent nets : 5 cas sur 7 de tumeurs gauches et 4 cas sur 10 de tumeurs droites. Il s'agissait de troubles de la mémoire (5 cas), de modifications de la personnalité (2 cas), d'instabilité émotionnelle (1 cas) et de détérioration mentale (3 cas).

Ectors (19) étudie le problème particulier des méningiomes de la 3^e frontale. Il passe, à ce propos, en revue les éléments du syndrome frontal, dont il écarte l'obnubilation, la torpeur, l'hypersomnie qui sont des symptômes communs à toutes les tumeurs intracrâniennes et répondent, pour lui, à l'œdème cérébral ou à l'engagement du lobe temporal ou des amygdales. L'agitation, l'instabilité motrice, l'hypercinésie comportent des éléments qui seraient caractéristiques de l'atteinte de l'aire 8. C'est la diminution progressive de la mémoire qui constitue en général le premier trouble et l'auteur indique qu'un trouble de « l'initiative de l'orientation », sans désorientation vraie, s'y associe rapidement ; par contre, il n'y aurait pas de trouble de l'attention en dehors de l'obnubilation liée à l'hypertension intracrânienne. Les troubles du jugement sont très rares et les troubles démentiels paraissent dépendre, à l'origine, d'un manque d'initiative et d'activité mentale spontanée. Ce sont bien, en effet, l'apathie, l'inertie et l'absence d'initiative mentale qui constituent le noyau du syndrome et ce sont eux qui conditionnent l'indifférence remarquable de ces malades à leur famille, à leurs amis, à leur état, à leurs besoins, indifférence affective qui s'accompagne d'une exagération des réflexes affectifs et des expressions affectives automatiques.

Pour Ectors, la présence d'un syndrome psychique frontal n'est pas fonction de la nature de la tumeur, mais de sa topographie, et il oppose les méningiomes de la convexité et parasagit-

taux, générateurs de troubles mentaux, aux méningiomes de la base et du pôle frontal, dans lesquels les troubles mentaux sont, au contraire, beaucoup plus rares, à volume égal de la tumeur.

L'auteur montre enfin la grande différence entre les tumeurs préfrontales et les tumeurs rolandiques : dans un groupe de 39 des premières, il note 32 fois une atteinte psychique, alors que, dans un groupe de 17 des secondes, il ne la relève que dans cinq cas.

Cette revue générale nous permet de dégager déjà un certain nombre d'éléments :

1° la fréquence et l'intensité des troubles mentaux dans les tumeurs frontales sont une réalité incontestable ;

2° la diversité individuelle des syndromes psychiatriques est grande et il paraît assez difficile de faire découler directement leurs aspects particuliers de la nature, du volume ou de la situation de la tumeur ;

3° cependant, le noyau central de ce syndrome est nettement constitué par la diminution des activités concrètes du malade, les troubles de la fixation mnésique et les modifications du caractère et de l'affectivité ;

4° il est difficile de séparer nettement, aussi bien dans la conception générale que dans chaque cas particulier, un syndrome focal frontal et un syndrome général d'hypertension intracranienne, et les opinions de divers auteurs, dont la confrontation dégage bien les aspects contradictoires, apparaissent comme souvent tranchées d'une façon trop catégorique et trop arbitraire ;

5° la spécificité de syndromes topographiques, à l'intérieur du lobe frontal, ne se manifeste pas avec évidence ; les opinions des auteurs sur la fréquence, comme sur la nature des troubles mentaux, suivant la situation de la tumeur, sont quelquefois contradictoires.

II. Etude clinique des cas personnels

A) MATÉRIEL ET DONNÉES STATISTIQUES

Nous avons déjà défini le sens que nous donnions aux termes « tumeur frontale » en ce qui concerne la topographie hémisphérique : ce sont les tumeurs qui intéressent la partie antérieure du lobe, mais qui ne s'étendent, ni à la circonvolution

rolandique, ni au lobe temporal. Telles sont les caractéristiques anatomiques de notre groupe de 80 tumeurs ; nous présenterons ensuite, par comparaison, les données fournies par un groupe de 25 tumeurs fronto-temporales et par un groupe de 11 tumeurs rolandiques. Par contre, nous avons groupé les tumeurs hémisphériquement frontales, qu'elles envahissent ou non le corps calleux. En effet, dans les tumeurs intracérébrales bilatérales, cet envahissement est la règle ; dans les tumeurs intracérébrales unilatérales, il est quelquefois présent et les problèmes cliniques n'en sont pas essentiellement modifiés ; il est même assez souvent impossible d'affirmer cet envahissement, que seul peut préciser une étude anatomo-pathologique, les constatations opératoires directes ne permettant qu'une estimation plus ou moins approchée. A ce propos, nous devons dire que le caractère de tumeur unilatérale que nous avons donné à certaines d'entre elles n'est pas toujours rigoureusement exact ; en effet, il nous a été donné de constater que des tumeurs diagnostiquées comme unilatérales par les techniques neuro-radiologiques, considérées encore comme unilatérales à l'intervention, atteignaient également l'autre lobe frontal, de façon certes beaucoup plus discrète, mais indiscutable ; or, une vérification anatomique n'a, bien entendu, pas été faite dans tous nos cas ; dans certains cas, il eût été plus juste de parler de « tumeur apparemment unilatérale », mais nous avons pensé que cette nuance ne changerait pas grand'chose aux problèmes fondamentaux que nous avons à aborder.

Nous avons recensé 103 observations de tumeurs frontales ; nous avons dû en éliminer 23 pour les motifs suivants : atteinte de l'hypothalamus antérieur (3 cas), extension hémisphérique postérieure de la tumeur (2 cas), métastases multiples (4 cas), très jeunes enfants (2 cas), et observation insuffisante (12 cas).

Parmi les 80 tumeurs frontales sur lesquelles nous basons notre étude, 54 ont entraîné des troubles mentaux (67,5 %) et 26 n'en ont pas produit.

Nous n'avons pas cherché à distinguer *a priori* des troubles dits par hypertension intracranienne et des troubles à valeur focale, nous avons pris uniformément en considération toutes les altérations psychiques. La présence d'une stase papillaire, signe majeur de l'hypertension intracranienne, a été très fréquemment relevée ; mais si nous comparons sa fréquence dans l'ensemble du groupe et dans les deux sous-groupes constitués par les observations avec et sans troubles mentaux, nous ne voyons pas se dégager une différence significative d'une importance déterminante de l'hypertension intracranienne dans la

génèse des troubles mentaux. Dans l'ensemble des 80 malades, 75,3 % présentaient une stase papillaire ; dans le groupe des 54 malades avec troubles psychiques, la stase est rencontrée dans 77,5 % des cas, et dans le groupe de 26 malades sans anomalies mentales, sa fréquence se maintient à 70,8 %.

La fréquence des troubles mentaux est rigoureusement la même, quel que soit le côté atteint, elle augmente par contre dans les atteintes bilatérales. Dans l'ensemble du matériel, nous avons 20 tumeurs bilatérales (25 %), 31 tumeurs droites (38,75 %) et 29 tumeurs gauches (36,25 %) ; dans le groupe des 54 observations avec troubles mentaux, nous trouvons 15 tumeurs bilatérales (27,7 %), 20 tumeurs droites (37 %) et 19 gauches (35,3 %).

Quant à la nature de la tumeur, notre matériel se répartit de la façon suivante (le chiffre indiqué entre parenthèses après le chiffre de chaque catégorie correspond aux nombres de malades de la catégorie avec troubles mentaux) : 45 (36) tumeurs intracérébrales dont 38 (29) gliomes, 3 (3) métastases, 1 (1) abcès métastatique et 3 (3) tumeurs diverses et 35 (18) méningiomes dont 13 (6) de la convexité, 8 (3) de la face interne et 14 (9) de la face inférieure. Comme nous l'avons dit, 20 (15) tumeurs étaient bilatérales : 11 (10) gliomes, 4 (1) méningiomes de la faux et 5 (4) méningiomes de la face inférieure.

La fréquence des troubles mentaux dans chacun des groupes caractérisés par la nature et la topographie de la tumeur est donnée par le tableau suivant.

Situation ou nature de la tumeur	Nombre total de cas	Nombre avec tr. mentaux	0/0
Intracérébrales unilatérales	34	26	77,1 %
Intracérébrales bilatérales	11	10	91 %
Extracérébrales de la convexité	13	6	46,1 %
Extracérébrales de la face interne	8	3	37,5 %
Extracérébrales de la face inférieure	14	9	64,3 %
Gliomes	38	29	76,3 %
Méningiomes	35	18	51,4 %

L'apparition des troubles mentaux dans l'évolution de la maladie se situe à des moments variés, mais ce sont très souvent eux qui ont essentiellement attiré l'attention sur l'état pathologique. La date d'apparition ne peut être précisée que dans 50 cas ; dans les 4 autres, l'état du malade ne nous a pas permis

d'obtenir des renseignements suffisants, et nous n'avons pas pu les recueillir auprès de l'entourage. Parmi les 50 observations dans lesquelles la chronologie des troubles a été établie, nous avons relevé dans 16 cas un début par des troubles mentaux, soit isolés, soit apparus parallèlement à la céphalée, et dans 10 cas une apparition précoce des modifications psychiques, précédées de peu par des céphalées isolées en général ou, dans quelques cas, par quelques troubles de l'équilibre ou un début de baisse de la vue. Voici, très brièvement résumées, les formes de début par troubles mentaux : obs. 3 (méningiome de la convexité), obtusion, somnolence, indifférence à évolution progressive ; obs. 7 (astrocytome bilatéral), état confusionnel avec apathie et inertie ; obs. 11 (astrocytome droit à évolution glioblastomateuse), amnésie de fixation ; obs. 15 (gliome bilatéral), état dépressif, puis troubles confusionnels avec erreurs dans les activités culinaires et, après 2 ans, évolution rapide d'un état confusodémientiel ; obs. 22 (méningiome de la convexité), état confusionnel léger avec tendance moriatique ; obs. 24 (méningiome de la convexité), état confusionnel léger avec euphorie et irritabilité ; obs. 25 (méningiome bilatéral de la faux), amnésie de fixation, apathie, indifférence, évolution vers un état confusodémientiel avec internement ; obs. 26 (astrocytome bilatéral), perte de connaissance et bref coma suivi d'épisode confusionnel ; obs. 27 (gliome bilatéral), modifications du caractère, indifférence, inertie ; obs. 28 (méningiome sous-frontal gauche), apathie, désintérêt, akinésie ; obs. 29 (méningiome sous-frontal gauche), apathie, désintérêt, incurie, réactions hystéroïdes ayant fait porter le diagnostic de psychose puerpérale ; obs. 31 (oligodendrogliome bilatéral), ralentissement psycho-moteur, amnésie de fixation, apathie, désintérêt ; obs. 33 (glioblastome bilatéral), changement du caractère remarqué d'abord par les voisins, indifférence, euphorie, somnolence ; obs. 42 (gliome polymorphe bilatéral), troubles de la mémoire, puis état confusionnel ; obs. 43 (gliome bilatéral), état dépressif, modifications du caractère ; obs. 51 (glioblastome droit), état confusionnel avec apathie progressive.

Avant d'aborder l'analyse sémiologique du syndrome mental des tumeurs frontales, nous voudrions donner, quoiqu'elle anticipe un peu sur cette analyse, une dernière étude statistique globale : celle de la fréquence des deux grandes catégories de troubles mentaux et de son rapport avec une hypertension intracrânienne traduite par une stase papillaire. Ces deux catégories sont les troubles de la conscience et de l'activité, d'une part, et les troubles de l'humeur et du caractère, d'autre part.

Il est bien schématique de les séparer ainsi, car ils ne sont pas sans avoir entre eux d'étroites relations, mais ils nous sont apparus, dans beaucoup de nos observations, avec une autonomie suffisante, même s'ils coexistaient ou se succédaient, pour pouvoir être différenciés, au moins sur le plan sémiologique. Par contre, nous n'avons pas pu séparer les troubles de la conscience de ceux de l'activité, car ils sont, dans nos observations, trop mêlés dans leurs manifestations et même dans leur simple aspect sémiologique pour qu'une telle séparation ne soit pas purement arbitraire.

Les troubles de la conscience et de l'activité ont été observés dans 48 de nos 54 cas de troubles mentaux (88,8 %) et dans 33 cas sur les 39 tumeurs unilatérales (82 %) ; la fréquence de la stase papillaire était de 79 %.

Les troubles de l'humeur et du caractère ont été relevés dans 30 observations sur 54 (55,5 %) et 23 fois pour 39 tumeurs unilatérales (58,9 %) ; la fréquence de la stase papillaire n'est, dans ces troubles, que de 66,6 %. Il semblerait donc que l'hypertension intracranienne ait davantage d'influence sur les troubles de la conscience et de l'activité, mais la différence paraît bien peu significative.

Enfin, nous avons observé 7 cas de troubles paroxystiques, surtout hallucinatoires, dont 6 dans des tumeurs unilatérales ; dans 4 cas, il existait une stase papillaire.

B) ANALYSE SÉMIOLOGIQUE DU SYNDROME MENTAL DES TUMEURS FRONTALES

1° Les troubles de la conscience et de l'activité

A un degré inférieur, ces troubles sont marqués par un ralentissement des activités du sujet, aussi bien sous la forme de bradypsychie que sous celle de bradykynésie, d'ailleurs souvent associées ; nous les avons rencontrées 13 fois. Le malade prend parfois un aspect global ralenti et apathique que nous avons rencontré de façon manifeste dans 7 cas. Ces troubles n'entraînent cependant pas en général une très grande perturbation des activités quotidiennes que le malade continue à exécuter d'une manière à peu près convenable, au moins dans ce qu'elles ont de plus automatisé. Cependant, ils peuvent déjà entraîner, au moins dans certains métiers nécessitant un certain rythme ou des réactions promptes, une baisse du rendement professionnel pouvant aller jusqu'à l'incapacité.

A un degré plus important, nous observons soit un arrêt de certaines activités, soit une suspension générale pendant de longs moments, soit encore une réduction remarquable du champ des activités du sujet. Ou bien le malade présente un état permanent d'inertie qui ne cède que momentanément à des stimulations vigoureuses (7 cas), ou bien il manifeste, en général surtout par période, une akynésie complète (4 cas), ou bien cette absence d'activité se manifeste sur le plan verbal par un mutisme (3 cas). De tels troubles altèrent sérieusement le comportement du sujet, non seulement à son travail, qui est en général devenu totalement impossible, mais même dans ses activités les plus habituelles, les plus automatisées. Il en est ainsi, par exemple, des activités domestiques : relations avec les membres de sa famille, occupations et loisirs au foyer, lever, toilette, repas, qui doivent nécessiter de la part de l'entourage des incitations fortes et répétées, sans lesquelles les malades se laisseraient quelquefois aller à un véritable état d'incurie. La manifestation de ces troubles est plus précoce et plus lourde de conséquence chez la femme que chez l'homme, car elle n'assume plus correctement ses responsabilités ménagères, elle néglige le ménage, les approvisionnements, la cuisine, en un mot l'entretien du foyer ; nous en avons observé trois cas particulièrement caractéristiques.

Ce sont de telles altérations du comportement qui apparaissent sous la forme d'une perte de l'initiative, d'une très grande asthénie ou d'une aboulie plus ou moins complète.

Mais cette réduction souvent spectaculaire de l'activité du malade ne constitue pas le seul aspect des perturbations de ses rapports avec le monde extérieur, quoiqu'elle en soit souvent l'aspect le plus apparent. Le malade est handicapé dans son appréhension du monde.

Dans leur forme les plus légères, ces difficultés se manifestent par des *troubles de l'attention* qui seront noyés, à un degré plus élevé, dans une désorganisation plus profonde des processus de conscience ; nous avons observé de tels troubles, importants, mais relativement isolés, dans 10 cas. Plus sérieuses encore pour le malade sont les *difficultés de la mémoire*. Si elles sont la règle dans les syndromes confusionnels ou démentiels affirmés, elles existent en dehors d'eux très fréquemment chez nos malades et nous les avons relevées dans 18 cas ; le déficit prédominant est, comme l'indique de Morsier, l'amnésie de fixation : celle-ci fut, en effet, isolée dans 9 cas et, dans 7 cas, domina des troubles mnésiques plus étendus ; nous n'avons noté une amnésie rétro-antérograde que dans 2 cas et jamais d'amnésie rétrograde isolée.

La *désorientation* du malade est assez fréquente, nous l'avons observée 12 fois : 7 fois sous forme de désorientation dans le temps et dans l'espace, 4 fois de désorientation seulement dans le temps et 1 fois la désorientation dans l'espace était isolée.

Nous en arrivons progressivement au noyau de l'*état confusionnel*. Le grand tableau de la confusion mentale, tel qu'on l'observe fréquemment en clinique psychiatrique, est très rare ; nous ne l'avons noté que dans 1 cas sous sa forme simple et 1 fois sous la forme d'un syndrome de Korsakov dégradé ; la règle selon laquelle les confusions mentales, au cours des tumeurs frontales, sont des confusions asthéniques, était absolument respectée.

Plus fréquentes sont les manifestations subconfusionnelles du type de l'obnubilation et de l'obtusion ; nous les avons rencontrées 10 fois à un degré important et 4 fois avec une intensité particulièrement marquée.

Cette altération des rapports entre le malade et le milieu qui l'entoure, aussi bien dans la perception que dans l'action, donne à ce malade des aspects cliniques variés, soulignés dans les travaux que nous avons rapportés et que nous avons retrouvés chez nos malades.

Le *puérilisme* est assez fréquent, et il est trop lié, dans nos observations, à une détérioration de la conscience, pour que nous le rangions parmi les troubles de l'humeur ou de l'affectivité ; il va de pair avec une euphorie niaise et béate, avec une baisse du jugement, particulièrement de l'autocritique, avec une conscience partielle ou une inconscience des situations dans lesquelles se trouve le malade. Sur un plan plus général, cette inconscience se rapporte d'ailleurs avec une fréquence particulière à la maladie elle-même et peut aller jusqu'à la négation de l'état morbide ; nous avons ainsi observé un cas très proche de l'anoso-diaphorie.

L'aspect clinique central de la rupture entre le malade et son entourage est l'*indifférence* du malade à l'égard de tout ce qui l'entoure. Mis à part les états de détérioration, de somnolence ou de torpeur, où nous sommes déjà hors du cadre clinique de ce que l'on peut véritablement appeler une indifférence, nous l'avons observée dans 20 cas parmi nos 54 malades, et elle constitue le symptôme psychiatrique le plus fréquent, qu'elle soit vécue sous une forme optimiste ou, au contraire, sous une forme d'emmurement akynétique.

Dans les formes extrêmes des troubles de la conscience et de l'activité, nous trouvons des manifestations confuso-asthéniques intenses : somnolence (9 cas), torpeur (3 cas) et stupeur (1 cas)

et les états démentiels, d'ailleurs beaucoup plus volontiers confuso-démentiels que démentiels purs (5 cas).

Nous avons tenté d'exposer ces troubles de la conscience et de l'activité dans une perspective purement sémiologique, en essayant de nous garder de conceptions psycho-pathologiques préalables, et c'est la perspective sémiologique elle-même qui nous a empêché, comme nous le disions plus haut, de séparer les troubles de l'activité de ceux de la conscience. Nous allons essayer de montrer, à propos de quelques symptômes fondamentaux, cette intrication indissociable.

Nous n'avons relevé qu'un cas où le trouble de l'activité peut effectivement apparaître comme isolé. C'est l'observation 12 où nous trouvons une torpeur, un mutisme et une akynésie presque complets alors que les processus de conscience essentiels paraissent conservés. Les difficultés de contact avec le malade étaient très grandes, mais dès que l'on parvenait, par des stimulations fortes et répétées, à le tirer de sa torpeur et de son mutisme, on pouvait obtenir des réponses correctes, adaptées, et la preuve d'une absence de désorientation. D'ailleurs, il avait sombré dans cet état akynétique de façon primaire sans que l'on ait relevé auparavant de manifestations de l'altération de sa conscience ni de sa mémoire.

Par contre, tous les autres troubles de l'activité vont de pair avec des troubles de la conscience. Il en est ainsi des deux autres observations où nous avons relevé la torpeur (16 et 51), qui est accompagnée de troubles mnésiques dans la première et d'obnubilation importante avec incontinence urinaire dans la deuxième.

Il en est de même des 3 autres observations d'akynésie importante, dans lesquelles nous relevons un état démentiel (obs. 25 et 43) et une amnésie de fixation avec désorientation dans le temps et incontinence urinaire (obs. 35). Même remarque dans les 7 cas où nous avons noté une inertie importante : syndrome de Korsakov dégradé (obs. 7) état démentiel (obs. 13), troubles de la mémoire et désorientation dans l'espace (obs. 14), obnubilation très importante (obs. 27), détérioration légère avec inconscience de la maladie (obs. 28) et avec incontinence urinaire (obs. 34), obnubilation, amnésie de fixation, désorientation (obs. 32).

Dans les 4 cas où s'est manifestée de façon très nette ce que l'on peut appeler la perte de l'initiative, nous avons également relevé : état démentiel (obs. 13 et 25), détérioration légère avec inconscience de la maladie (obs. 28), amnésie de fixation, désorientation et incontinence urinaire (obs. 35).

Quant à l'indifférence du malade à l'égard de sa maladie comme à l'égard de tout ce qui l'entoure, nous ne l'avons jamais relevée indépendamment de troubles traduisant l'atteinte des processus de conscience, mais toujours au contraire avec plusieurs d'entre eux. Ainsi, parmi les 20 cas où nous l'avons observée, elle a été associée 6 fois à une désorientation, 6 fois à une amnésie de fixation, 2 fois à une détérioration intellectuelle, 5 fois à une obnubilation, 4 fois à une incontinence urinaire, 3 fois à une diminution de l'autocritique, 1 fois à un Korsakov dégradé, 5 fois à des troubles importants de l'attention, 3 fois à des troubles de la mémoire débordant le cadre d'une amnésie de fixation, 2 fois à un puérilisme du comportement, 3 fois à une inconscience de la maladie et 3 fois à une imprécision de la pensée.

2° Les troubles de l'humeur et du caractère

Les deux manifestations les plus fréquentes en sont indiscutablement l'irritabilité et l'euphorie.

L'*irritabilité* a été notée dans 13 observations, elle est souvent très importante et perturbe rapidement les rapports du malade avec son entourage et plus particulièrement avec ses proches. Le malade en a d'ailleurs souvent conscience et c'est en général lui qui, soit spontanément, soit sur interrogation, accuse cette modification de son caractère. Il reconnaît réagir d'une façon trop immédiate et trop démesurée et se mettre dans des colères, quelquefois très violentes, pour des motifs futiles. Nous n'avons par contre jamais relevé de manifestations d'explosivité ou d'impulsivité amenant le malade à commettre des actes médico-légaux.

Nous avons relevé l'*euphorie* dans 17 cas, en dehors des cas d'euphorie naïve et béate que nous avons inclus dans le tableau de la détérioration démentielle. Elle est habituellement assez tranquille et même passive et n'apparaît que lorsqu'on s'entretient avec le malade ou dans les opinions émises par lui au cours de conversations avec ses voisins, mais elle n'entraîne pas de troubles du comportement du malade et n'est pas, en général, accompagnée d'exaltation ou d'excitation. Dans 2 cas, elle prenait un aspect agressif et caustique à l'égard de l'entourage, revêtant ainsi l'aspect moriatique.

Les *états dépressifs* sont rares et, en général, momentanés. Nous les avons plutôt observés au début de l'évolution, par la suite, ils ont tendance à faire place soit à l'euphorie, soit à l'indifférence avec détérioration intellectuelle. Nous les avons

observés 6 fois et dans 4 cas, ils revêtaient l'aspect clinique de la dépression asthénique simple ; dans les 2 autres, ils étaient du type mélancolique.

Nous avons noté dans 4 cas une importante instabilité émotionnelle et, dans 5 cas, des variations très notables de l'humeur.

Enfin, dans 2 cas, nous avons relevé une excitation instinctuelle, intéressant une fois l'instinct alimentaire et conduisant la malade à une boulimie accompagnée de crainte de manquer de nourriture, et prenant dans l'autre cas la forme d'une exaltation de l'instinct génésique.

3° *Les troubles psychotiques et névrotiques*

Ils sont extrêmement rares et nous voulons surtout insister sur un aspect qui nous a paru intéressant : la présence de *manifestations hystériques* ou hystéroïdes, qu'avait déjà signalées Messimy. Dans 3 cas, ces troubles restaient mineurs et se manifestaient par des troubles passagers du comportement auxquels s'ajoutaient dans un cas à l'examen des troubles hystériques de la sensibilité.

Mais, chez une de nos malades (obs. 39), ils prirent une particulière importance et cédèrent remarquablement à la faradisation. Cette malade, qui avait auparavant présenté des céphalées, une paralysie oculaire extrinsèque et une baisse de la vue pour lesquelles une ventriculographie avait été pratiquée et s'était révélée négative, se mit un jour à marcher d'une façon curieuse, les jambes bloquées en demi-flexion ; vers la même époque, elle présenta des troubles du comportement de type hystérique avec extraordinaire labilité émotionnelle et réactions fantasques et excessives. Elle conserva de façon permanente l'attitude vicieuse des membres inférieurs et ne rentra que plusieurs mois après dans le service. L'attitude vicieuse paraissait absolument irréductible et toute tentative dans ce sens entraînait aussitôt une crise d'agitation avec hurlements. Une séance de faradisation fit disparaître complètement ces troubles. Cette malade présentait par ailleurs une détérioration intellectuelle assez marquée. Elle fut opérée d'un méningiome sous-frontal gauche. Nous devons d'ailleurs noter à ce propos, sans en tirer de conclusions, que 3 des 4 malades ayant présenté des manifestations hystériques étaient porteurs de méningiomes sous-frontaux.

Nous avons d'autre part noté à deux reprises des idées délirantes à type de persécution ; dans l'un des cas (obs. 41), nous n'avons pu faire une étude psychiatrique suffisante pour affir-

mer ou infirmer un lien avec une personnalité prémorbide ; dans l'autre (obs. 29), ces idées paraissent s'insérer dans l'ensemble des troubles que nous rapporterons en détail plus loin ; elles disparaissent d'ailleurs totalement après l'intervention.

4° *Les troubles paroxystiques*

Ce sont presque exclusivement des hallucinations que nous avons rencontrées : visuelles non formées dans deux cas, visuelles complexes dans trois cas, olfactives dans un cas et auditives également dans un cas. Dans cette dernière observation, les hallucinations s'intégraient dans un syndrome d'automatisme mental et sortent donc du cadre de ce paragraphe. Les hallucinations olfactives se présentaient soit sous la forme de perception prolongée d'odeurs au-delà de leur existence réelle (tabac, essence, etc...), soit sous forme totalement hallucinatoire de ces odeurs (obs. 24 : méningiome de la convexité).

Les hallucinations visuelles élémentaires étaient constituées par des boules de toutes les couleurs et des taches bleues sur des surfaces blanches (obs. 20 : métastase du pied de F3) et des éclairs colorés vert et rouge (obs. 21 : glioblastome droit) ; dans les deux cas, elles survenaient sans trouble de la conscience.

Dans l'observation 9 (méningiome olfactif gauche), elles prenaient un caractère hallucinosique : vision d'un chat sur un fil de fer, « c'était mon chat, un chat roux, je le voyais sur mon fil de fer, je l'ai cru, ça a duré l'espace d'une minute ». Il n'y eut pas de réaction émotionnelle à l'hallucination, ni d'altération de la conscience ; cependant, le phénomène se produisit avant l'endormissement. Le malade de l'observation 26 (astrocytome bilatéral) voit « des têtes en noir » qu'il ne connaît pas, « c'est sombre, c'est noir, ça disparaît sur le côté droit ou gauche, ce sont des ombres » ; le contexte confusionnel était ici manifeste. Chez la dernière malade (obs. 53 : gliome kystique gauche), l'hallucination survient au décours d'une crise comitiale : elle voit « un tas de jeunes gens qui s'amuse » et « un tas de terre remuée ».

Dans un cas, le trouble paroxystique revêt la forme d'une désorientation temporo-spatiale complète à début et à fin brusque et qui dura 10 minutes (obs. 44 : méningiome olfactif droit) ; à l'examen, la malade ne présentait pas de troubles confusionnels.

Pour terminer cette analyse sémiologique et avant de présenter à titre d'illustration, quelques-unes de nos observations, nous

voudrions dire quelques mots de l'évolution des troubles mentaux au cours de la maladie.

Notre première constatation confirme celles de tous les auteurs : le degré de ces troubles est variable dans le temps, soit qu'ils passent par des phases d'accentuation et d'atténuation périodiques, avec quelquefois reprise momentanée d'un comportement presque normal, soit que l'intensité varie brusquement d'un moment à l'autre. Mais, au travers de ces phases, le syndrome mental va toujours quantitativement vers l'aggravation. Nous n'avons jamais observé de troubles mentaux transitoires ayant marqué seulement le début de la maladie et nous n'avons noté que, dans un cas (obs. 26), une évolution générale régressive d'un syndrome confusionnel qui avait débuté par un coma, comme nous l'avons vu plus haut, mais qui ne s'est pas entièrement nettoyé.

Au point de vue qualitatif, la variation des troubles mentaux est assez peu fréquente. La règle évolutive qui se dégage, à ce point de vue, de nos observations est l'aggravation progressive des troubles de la conscience et de l'activité ; il en a été ainsi dans 29 de nos 50 observations où l'anamnèse a été bien établie.

Dans 6 cas, le syndrome fut d'emblée complexe (troubles de la conscience, de l'activité, du caractère et de l'humeur), mais il fut constant, dans sa qualité, pendant toute l'évolution.

Dans 7 cas, les importantes modifications du caractère et de l'humeur que nous avons observées eurent toujours le même aspect clinique. Dans un seul cas, nous avons observé des alternances nettes entre des états d'exaltation et de dépression aussi bien sur le plan de l'activité que sur celui de l'humeur (obs. 16). Mais, dans trois cas, nous avons relevé d'abord un tableau dépressif qui a fait place ensuite à une euphorie (obs. 37, 42 et 52). Dans un cas, enfin, un état dépressif a fait place à un état d'excitation avec délire de persécution (obs. 41).

Deux fois, les troubles de l'humeur ont été d'abord isolés (obs. 15 et 35), puis sont apparus progressivement ensuite les troubles de la conscience et de l'activité.

De ce tableau sémiologique psychiatrique des tumeurs frontales, nous allons essayer de dégager les lignes qui nous paraissent essentielles.

Le noyau du syndrome nous paraît constitué par des troubles de l'activité et de la conscience, indissociables les uns des autres ; c'est une confusion asthénique de degré varié, mais en

général légère, avec une note très marquée dans le sens de l'aboulie et de l'akynésie, qui est en général la plus immédiatement apparente ; parmi les tableaux psychiatriques classiques, celui dont ces états se rapprochent le plus, jusqu'à le recouvrir exactement dans certains cas, est la confusion mentale stuporeuse décrite par Delasiauve sous le terme de « stupidité ».

Dans l'altération et l'inertie des échanges entre l'individu et son entourage persistent essentiellement les réactions les plus immédiates et, en général, les plus simples et les plus automatisées aux incitations fortes, sous forme d'activités fragmentaires. Mais le déroulement de l'action de façon harmonieuse dans le temps et dans l'espace a disparu ; l'adaptation aux situations changeantes et nuancées n'est plus possible ; le malade ne paraît plus perméable qu'à des stimulations fortes, privilégiées et passagères.

Les manifestations de l'humeur et du caractère, qui correspondent aux réactions les plus fondamentales, mais aussi les plus globales et les moins différenciées de l'individu, apparaissent de façon prédominante, hypertrophiées ; elles sont essentiellement caractérisées par l'euphorie sur le plan de l'humeur et par l'irritabilité, l'intolérance sur le plan du caractère.

Sauf trois cas d'hallucinations visuelles et olfactives, dont le mécanisme pourrait peut-être être éclairé par l'atteinte des deux premières paires crâniennes, les troubles paroxystiques ont été relevés dans un contexte de désorganisation globale.

III. Aspects psychiatriques caractéristiques

Nous n'avons pas l'intention de présenter ici nos 54 observations dans lesquelles furent relevés des troubles mentaux. Nous allons nous limiter, non à des observations qui pourraient être considérées comme d'une richesse psychiatrique particulière, mais à celles qui, dans notre matériel, nous paraissent avoir une valeur de type, c'est-à-dire bien illustrer les divers aspects du syndrome mental.

La première observation est ce que l'on pourrait appeler une observation « moyenne », c'est-à-dire que l'on y retrouve l'essentiel de l'éventail clinique que nous avons exposé, avec ses variations et son accentuation progressive, et dans laquelle s'affirme de plus en plus la note akynétique fondamentale sans que la détérioration soit très marquée.

OBSERVATION 35. — M. Lan..., 52 ans, droitier.

Les premiers troubles sont apparus deux mois avant la première consultation du malade : rougeurs brusques du visage, bouffées de chaleur, sueurs. Dès ces premières manifestations, sa femme relève des modifications très nettes de son comportement : il devient sombre, taciturne, ne parle presque plus et répond seulement en général aux questions qu'on lui pose par « oui » ou par « non ».

Il devient triste, déprimé, fatigué. Il a beaucoup de difficultés à poursuivre son travail en raison de l'asthénie intense. Il est très préoccupé de son état, rumine sur les modifications de son comportement, mais il refuse de consulter son médecin en répondant simplement aux incitations de son entourage : « Ça s'arrangera. »

En même temps, il devient nerveux, irritable, réagit de façon excessive à la moindre contrariété, au moindre obstacle à ses activités. Cependant, il ne présente pas de colères et, comme le dit sa femme, « il ne devient pas méchant ». Le sommeil est également troublé et il se réveille fréquemment la nuit.

Après un mois d'une telle évolution, il présente brusquement de nouveaux troubles du comportement : il oublie ce que l'on vient de lui dire, il égare ces objets, jusqu'à une cigarette qu'il vient de rouler. Il ne parle pratiquement plus, ne paraît s'intéresser à rien. Rapidement s'accroît le désordre de ses actes : il va consulter son médecin le matin, alors qu'il sait très bien et l'indique sur question, qu'il ne reçoit que l'après-midi ; il urine dans sa salle à manger contre le buffet et s'étonne ensuite de constater la présence d'une flaque et demande alors à sa femme ce qu'elle a renversé ; il se lève le matin à 5 heures et, pendant deux heures, se promène d'une façon stéréotypée entre les deux pendules de son appartement, regardant alternativement et longuement l'heure à l'une et à l'autre, il refuse de donner à sa femme l'explication de sa conduite et retourne se coucher.

Chez lui, dans la journée, il présente une akinésie presque totale, il reste des heures totalement immobile ; il n'ébauche spontanément que quelques activités et celles-ci restent inachevées. Son mutisme est presque total, il ne s'exprime que par monosyllabes. Il ne se met à table et ne se couche que sur ordre, cependant, il mange très proprement, s'habille seul et de façon tout à fait correcte.

L'après-midi, il fait spontanément une promenade dans son quartier, et, au cours de ces promenades (fait qui paraît tout à fait paradoxal à sa femme), il entre en contact avec ses voisins, et converse avec eux, sur des thèmes assez banaux, certes, mais de façon tout à fait correcte.

Il présente progressivement des variations importantes de l'humeur. Par période, il est euphorique, satisfait de lui-même et de sa situation ; il exprime sur celle-ci, comme sur ses possibilités et ses activités, des jugements optimistes que sa femme considère comme profondément pathologiques. Dans d'autres périodes, au contraire, voire d'autres moments, il est profondément triste et déprimé.

Dans les derniers jours avant la consultation, apparaît une somnolence diurne et il paraît avoir des difficultés à identifier les gens qui viennent le voir ; il ne fait pas cependant de fausses reconnaissances.

La veille de son entrée dans le service, il remplira de façon spontanée et tout à fait correctement, les différents papiers de Sécurité sociale relatifs à sa prise en charge pour l'hospitalisation.

A son entrée, le signe le plus manifeste est la torpeur avec akinésie quasi-totale. Une fois installé dans son lit, il présente un état de somnolence quasi-permanente, dont on le tire par des stimulations assez fortes ; il exécute alors tout à fait correctement les ordres qui lui sont donnés, mais ne répond à aucune question et il est impossible de lui tirer un seul mot ; dès qu'on l'abandonne, il présente quelques bâillements et se rendort aussitôt. Il présente une incontinence urinaire.

Au point de vue neurologique, il présente une hémihyperextensibilité droite légère et une tendance au grasping-réflexe à droite. Le fond d'œil montre un œdème papillaire bilatéral.

L'intervention montra la présence d'une tumeur frontale gauche gliomateuse s'étendant à toute la face inférieure du lobe, adhérent à la portion inférieure de la faux et à la dure-mère de la base.

Nous allons maintenant envisager des observations dans lesquelles apparaissent plus spécialement quelques aspects sémiologiques. Dans les deux premières, le trouble de l'humeur est le plus immédiat et le plus frappant, mais il ne va pas sans une certaine détérioration des processus de conscience, dominée par de gros troubles de l'attention.

OBSERVATION 22. — M. For..., 47 ans, droitier.

Les premiers troubles sont apparus un an auparavant et se sont essentiellement manifestés au cours de son travail de typographe. Il oublie d'abord, dans la composition, des mots et des phrases, ou il compose un mot ou une lettre pour une autre.

Il critique parfaitement ses erreurs au moment de la correction, mais n'en est pas affecté, alors qu'il était depuis de longues années un typographe excellent et consciencieux.

Les erreurs à son travail s'accroissent progressivement, jusqu'à apporter une entrave à tout le travail de l'atelier. Lorsqu'il est obligé de quitter sa machine, il se trompe de machine au retour et reprend la composition sans se rendre compte qu'il ne s'agit plus du même texte.

Bientôt, pratiquement, toutes ses activités dans l'atelier doivent être guidées par ses camarades et l'un de ceux-ci caractérise ainsi la situation : « Il faut le guider comme un gosse et, malgré cela, il y a des choses qu'il ne comprend pas. »

Les réactions du malade devant une pareille situation étonnent profondément ses camarades. Alors qu'il est menacé perpétuellement d'un renvoi, et qu'il en exprime la possibilité sans en avoir peut-être d'ail-

leurs une conscience très claire, il reste complètement indifférent devant cette perspective ; il reconnaît simplement en riant que ce serait tout de même embêtant.

Certes, il a toujours été de tempérament assez gai, « rigolard », comme il se définit lui-même, mais ses manifestations deviennent sans commune mesure avec son comportement habituel. Non seulement les graves erreurs qu'il commet le laissent totalement insouciant, mais il est euphorique, jovial et tout à fait satisfait de lui.

Des modifications du caractère apparaissent, il devient irritable et supporte mal les observations de ses camarades qu'il rabroue.

Il oublie les instructions et les consignes que l'on vient de lui donner, il égare ses objets personnels (cigarettes, porte-monnaie, stylo), il présente des difficultés mnésiques d'évocation portant essentiellement sur les noms propres.

Depuis quelque temps enfin, il présente des difficultés à la déglutition quand il essaye de boire vite et quelques jours avant la consultation, il a présenté une perte de connaissance sans convulsions.

A son entrée dans le service, il est essentiellement euphorique et jovial, tout à fait inconscient de la gravité de son état. Il présente de très gros troubles de l'attention qui vont même gêner l'examen neurologique, en particulier l'étude de la sensibilité objective qui semblait même au premier abord, troublée. La fixation mnésique est un peu affaiblie, mais il ne présente pas une véritable amnésie de fixation. Il présente également quelques difficultés mnésiques d'évocation et des troubles importants de la concentration intellectuelle.

L'examen neurologique est entièrement négatif. Le fond d'œil montre un œdème papillaire bilatéral d'une dioptrie environ.

L'intervention révéla la présence d'un méningiome frontal droit de la convexité du volume d'une grosse orange.

Il est à noter qu'à la suite de l'ablation de la tumeur, tous les troubles disparurent et que le malade a rapidement repris son travail qu'il effectue toujours dans des conditions excellentes.

Cette observation nous a montré un état d'euphorie moriatique, bien que manquait la causticité euphorique et agressive et que la tendance aux plaisanteries n'était pas des plus nettes. L'observation qui va suivre est assez proche de la précédente ; les troubles de l'humeur n'y sont cependant pas de même degré, ni de même type, mais l'irritabilité se mêlait à l'euphorie, ainsi qu'à des crises de rire impulsif.

OBSERVATION 24. — M. Lar..., 52 ans, droitier.

Le début remonte à trois mois et est marqué par des difficultés au travail de comptabilité qu'il effectue : difficultés à concentrer son attention, erreurs dans les comptes. Il présente des troubles de l'atten-

tion, en particulier dans le métro où il laisse fréquemment passer sa station.

Les difficultés s'accroissent à son travail et il doit rapidement l'interrompre. Il a conscience de ses troubles, mais ne paraît pas s'en affecter. Il présente des troubles de l'humeur particuliers, sous forme d'une hilarité brusque, quasi-paroxystique : « Par moments, j'ai envie de rire comme un enfant. »

Parallèlement se manifeste son irritabilité croissante : « J'ai envie de casser quelque chose. »

Il se plaint ensuite de vertiges, surtout aux mouvements brusques de la tête et accuse une légère baisse de l'acuité visuelle. Il perçoit par moments les odeurs d'une façon prolongée, au-delà de leur existence réelle et présente par moments de véritables hallucinations olfactives.

Son état mental est, dans le service, caractérisé surtout par l'euphorie, il raconte tous ses ennuis en riant : « Le moral n'est pas mauvais, il vaut mieux rire de son mal, c'est même pas assez sérieux, je m'en rends compte. D'ailleurs les larmes, c'est pareil, par moments j'ai envie de pleurer sans raison. » Son humeur est en effet variable, mais la note euphorique reste dominante.

La mémoire est excellente. Les opérations intellectuelles ne sont pas troublées et il est, en particulier, capable d'un calcul mental rapide et exact. Les troubles de l'attention sont par contre considérables et ils rendent difficile l'examen neurologique.

Son comportement est assez puéril et il n'a pas une conscience véritable de l'état morbide.

Les tests intellectuels pratiqués avant l'intervention montrèrent un bon niveau intellectuel, mais avec une légère détérioration mentale, sans perte de l'activité catégorielle.

L'examen neurologique montra une hémihyperextensibilité droite et une anosmie. Le fond d'œil était normal.

L'intervention révéla la présence d'un méningiome de la convexité frontale droite, du volume d'une pêche, occupant la partie antérieure du lobe sur une longueur de 7 à 8 centimètres.

Notons au passage que, dans les deux observations précédentes, la présence ou l'absence d'une stase papillaire ne modifie pas fondamentalement le tableau clinique présenté par le malade.

Les deux observations qui vont suivre présentent essentiellement des troubles de l'activité et quelques réactions hystéroïdes ; elles sont, sur certains points, superposables.

OBSERVATION 28. — Mme Bœ..., 39 ans, droitrière.

Le début fut marqué plus d'un an auparavant par une asthénie évoluant vers la nonchalance, l'apathie et le désintérêt, en même temps qu'apparaissait une baisse de l'acuité visuelle de l'œil gauche. Elle n'a

plus de goût à sortir, à voir des gens, elle néglige sa toilette et son ménage ; « elle ne pensait à faire la cuisine que quand je rentrais à midi », déclare son mari. Elle a tendance à somnoler après les repas.

Progressivement les troubles s'accroissent, elle néglige presque complètement son intérieur ; elle reste chez elle toute la journée sans rien faire, parfois même de longues heures immobile, « sans bouger, comme une statue, complètement inerte », dira son mari.

Cependant, elle continue à s'intéresser aux événements du monde extérieur, elle questionne son mari sur les voisins, demande les journaux. Elle est parfaitement orientée dans le temps et dans l'espace.

Depuis deux à trois mois, elle se plaint de céphalées.

Depuis huit jours, elle présente des troubles mnésiques de fixation : elle oublie les événements du jour même et de la veille ou des jours précédents.

Interrogée sur ses troubles, la malade n'accuse que la baisse de la vue et les céphalées, dont elle situe correctement l'apparition. Elle nie tout autre trouble. Si on l'interroge de façon précise sur son comportement, elle reconnaît que, depuis seulement quatre mois, son activité domestique n'était pas tout à fait normale, « parce que j'étais fatiguée et que je n'avais plus goût à rien » ; mais elle ne reconnaît pas le caractère profond de ces troubles et pense qu'elle continuait à assurer l'entretien de son intérieur de façon satisfaisante. Lorsqu'on insiste à nouveau, elle reconnaît qu'elle ne faisait que la cuisine, mais attribue l'absence d'autres activités à la baisse de la vue.

Dans le service, elle présente des troubles mnésiques de fixation, elle oublie rapidement ce qu'on vient de lui dire et elle a des difficultés, dans un espace pourtant très restreint, à retrouver ses objets familiers.

Elle est assez euphorique et déclare en riant : « Je voudrais bien être débarrassée (de sa maladie) et voir un peu clair. »

Elle est très apathique et volontiers inerte si elle n'est pas stimulée ; elle ne parle pas et n'agit pas spontanément, mais elle répond immédiatement à toutes les questions qu'on lui pose et exécute tous les actes qu'on lui commande, elle mange lorsqu'on lui porte son assiette. Elle fait preuve d'une absence à peu près complète d'initiative.

Au cours de l'examen neurologique, elle présentera des réactions nettement hystéroïdes avec hyperexcitabilité, agitation, contorsions, éclats de rire.

L'examen neurologique montre une hémiparésie droite avec signe de Babinski et une diminution de l'olfaction à gauche.

Le fond d'œil montre une atrophie optique bilatérale à bords nets, prédominant à gauche.

L'intervention révéla un méningiome sous-frontal gauche antérieur à insertion sphéno-clinoïdienne.

La seconde observation présente avec la précédente des analogies frappantes ; les conditions dans lesquelles se manifestèrent

les troubles aiguillèrent d'emblée vers une affection psychiatrique, et, au moment où la malade entra dans le service, était discutée la forme du placement psychiatrique qui allait s'avérer nécessaire.

OBSERVATION 29. — Mme Sir..., 25 ans, droitière.

Les premiers troubles se manifestèrent deux ans auparavant, à la suite d'un accouchement. Elle présenta d'emblée une apathie très importante avec un désintérêt complet pour elle-même et pour son entourage ; elle ne manifestait aucune affection pour son nouveau-né et ne s'en occupait pas ; la négligence pour ses propres soins corporels allait jusqu'à l'incurie ; elle avait cessé toute activité ménagère, ne répondant qu'à la nécessité de préparation des repas, qu'elle effectuait d'ailleurs sans aucun soin.

Elle se plaignait, la nuit surtout, de céphalées. Le diagnostic de psychose puerpérale fut porté.

Les troubles du comportement persistaient, quoique assez variables dans leur intensité. Des plaintes de plus en plus nombreuses étaient manifestées par la malade au sujet de son état ; elle se plaignait de céphalées, de douleurs dans diverses parties du corps, d'avoir mal partout, mais avec une absence totale de réaction affective à ses troubles, avec une indifférence si parfaite que ses proches ne parvenaient pas à la prendre au sérieux.

Elle manifestait des réactions émotionnelles excessives, par moment gémissait, paraissait jouer une comédie très hypertrophiée et l'on parla alors d'hystérie.

Les troubles ne se modifièrent pas sensiblement jusqu'à une nouvelle grossesse. Dans les derniers mois de celle-ci, elle présenta d'importants troubles du caractère, essentiellement à l'égard de son mari ; des idées délirantes apparurent alors, d'abord sur des thèmes de jalousie, puis elles prirent la forme de véritables idées délirantes de persécution, les persécuteurs étant représentés par les membres de sa famille, sous la direction du mari : on cherchait à se débarrasser d'elle.

Elle ne s'intéressait absolument pas à sa grossesse et ne prépara absolument rien pour la venue au monde de son enfant, et ne demanda jamais à le voir.

Après son accouchement, elle plongea dans un état plus accentué encore d'incurie avec torpeur, entrecoupé de réactions excessives de type hystérique, refusant une assistance médicale et semblant parfaitement inconsciente de ses troubles et de la maladie.

Interrogée sur ses troubles, la malade manifeste une inconscience complète des altérations de son comportement. Contrainte sur questions précises à reconnaître une partie d'entre eux, elle les attribue simplement à sa fatigue. Elle est totalement inconsciente de sa maladie et proteste contre son hospitalisation.

La mémoire est satisfaisante.

L'examen neurologique montre une ataxie de la marche, une instabilité de la station debout, une hémihyperextensibilité droite, une difficulté du regard vers le haut, une anosmie gauche, une raideur de la nuque et un signe de Kernig.

Le fond d'œil montre une stase papillaire bilatérale très importante avec nombreuses hémorragies.

L'intervention révéla la présence d'un méningiome sous-frontal gauche du volume d'une grosse orange, inséré sur toute la longueur de la crête de la petite aile du sphénoïde, à développement antérieur.

Comme à propos des deux observations antérieures, nous pouvons remarquer dans celles-ci que la présence ou l'absence d'une stase papillaire n'a pas fondamentalement modifié la symptomatologie présentée par ces deux malades.

L'observation qui va suivre est également dominée par les troubles de l'activité, mais avec évolution rapide vers une détérioration très importante.

OBSERVATION 25. — Mme Les..., 60 ans, droitière.

Le début des troubles remonte à 18 mois : perte de mémoire pour les faits récents avec oublis et égarement d'objet. Puis apparaissent des difficultés à son travail.

Il y a neuf mois, les méthodes de travail sont changées dans son usine ; elle ne peut absolument pas s'adapter aux nouvelles méthodes et elle est renvoyée. Malgré la situation économique difficile qui en découle pour elle, elle n'en paraît nullement affectée.

Chez elle, elle devient de plus en plus inactive, elle paraît ne plus avoir aucune initiative pour sa vie domestique ; elle ne se fait même plus à manger. Sa fille note qu'au cours des visites qu'elle lui fait, elle reste immobile sans geste et sans parole si l'on ne s'occupe pas d'elle. Mais elle fait preuve d'irritabilité, surtout vis-à-vis des enfants, et ne peut plus supporter la présence de ses petits-enfants.

La détérioration de son comportement s'aggrave de plus en plus, et elle est internée, un mois avant son entrée dans le service, avec le diagnostic d'état confuso-déméntiel.

A son entrée dans le service, elle présente un syndrome confuso-déméntiel très important. Elle est totalement désorientée dans le temps et dans l'espace, présente de gros troubles du jugement et des troubles massifs de la mémoire. Elle est totalement inconsciente de sa maladie et nie les troubles de la mémoire. Elle est extrêmement suggestible et il est possible d'induire une fabulation qui reste cependant très pauvre.

Pendant son séjour dans le service, elle présente une akinésie complète et permanente, avec absence totale d'activités spontanées ; elle est absolument amémique. Elle ne réagit que faiblement et avec retard à l'entrée du médecin dans sa chambre, jette un coup d'œil dans la direction de celui-ci, puis retombe dans son immobilité absolue.

Elle reçoit un jour une visite de sa famille et manifeste un certain intérêt ; elle soulève la tête de son oreiller et dit spontanément « bonjour » ; ces faits surprennent beaucoup sa fille, car ils sont tout à fait inhabituels. Depuis plusieurs mois en effet, alors qu'elle vivait encore chez elle, elle ne manifestait aucun intérêt pour les visites de sa famille et paraissait n'en éprouver aucune joie.

L'examen neurologique est entièrement négatif et le fond d'œil est rigoureusement normal.

L'intervention révéla la présence d'un méningiome de la faux à développement bilatéral et symétrique, écrasant les deux pôles frontaux et ayant au total la taille d'un petit melon.

Cette malade, dont le comportement était initialement assez proche des deux précédentes, a progressivement évolué vers une détérioration importante dans laquelle l'akynésie a cependant conservé une place privilégiée ; jusqu'au bout de l'évolution, le fond d'œil est resté strictement normal.

La dernière observation va nous montrer un tableau d'importante détérioration avec confusion mentale très marquée. Les troubles de la conscience sont ici tout à fait prédominants, sinon exclusifs.

OBSERVATION 42. — M. Mob..., 68 ans, droitier.

Le début remonterait à environ un mois avant l'hospitalisation. Il a été marqué par des difficultés mnésiques d'emblée très marquées et par des céphalées.

Puis est apparue une grande instabilité de l'équilibre avec dérobement des jambes et une grande asthénie.

Le désordre des actes s'est rapidement accentué, et, à son entrée dans le service, le malade a l'aspect caractéristique du confus hébété. Il ne fixe pour ainsi dire pas les questions qui lui sont posées et sa conversation spontanée traduit d'emblée la profonde désagrégation des processus psychiques : « J'avais mal à la tête, ça m'a frappé... c'est ça qui m'a frappé... frappé... qu'est-ce qui m'a frappé ? je ne sais pas ce qui m'a frappé... oui, j'ai été frappé... j'ai eu un accident, mais ça n'a pas dû être bien grave... c'était comme ça (prend une attitude immobile, les bras en l'air)... j'ai dû être frappé... »

Il répond par une mimique extrêmement perplexe à toutes les questions posées, et il est à peu près impossible d'en tirer le moindre renseignement valable : « Qu'est-ce que vous avez fait depuis un mois ? — ...des écritures. — Quelles écritures ? — ...eh bien des écritures de gosse, vous savez... — Vous avez écrit, quoi ? — Oh ! je faisais... j'écrivais des écritures de gosse... des... — Pourquoi ? — Ben, les écritures de gosse, vous savez, c'est des écritures de... je ne sais pas comment dire ça... »

Il est complètement désorienté dans le temps et dans l'espace et ses réponses traduisent une nette persévération. Il situe la date du jour à celle correspondant à peu près au début de sa maladie : 19 juin 1952 ; date du début de la dernière guerre : septembre 1952 ; sa fin : au mois de... 1952 ; sa date de naissance : 6 juillet 1884 (exact) ; la date de son mariage : 6 juillet 1884 ; la date de naissance de son fils : « 6 juillet 1884... mais je ne me rappelle pas quand... ».

Il présente des troubles du caractère, s'énervé et présente plusieurs manifestations coléreuses ; il reconnaît qu'il est devenu beaucoup plus irritable, qu'il se met facilement en colère et qu'il se dispute beaucoup plus avec sa femme depuis quelque temps.

Le fond de son humeur est euphorique, mais d'une euphorie niaise et puérile ; il se sent en forme et assez satisfait de sa situation : « Ça ne va pas si mal... » ; il rit quand il dit qu'il restait chez lui sans rien faire de toute la journée.

Dans le service, il est très stuporeux, par moment akinétique avec une mimique très pauvre. Il est hyperémotif avec une grande labilité émotionnelle : il pleurera en nous expliquant qu'il a laissé sa femme toute seule chez lui, et, immédiatement après, sur le ton évasif de la plus totale indifférence, il déclarera : « Les maladies, ça s'arrange, ou ça s'arrange pas, on peut pas savoir... »

Il présente par moments, outre l'intoxication par le mot ou par l'idée que nous avons déjà signalée, une véritable écholalie ; il présente également des palilalies et des paligraphies : lorsqu'on le prie d'écrire, il le fait correctement au point de vue graphique, mais répète indéfiniment le mot ou la phrase proposés.

Les troubles de la lecture sont, par moments, grossiers, mais ils apparaissent essentiellement comme des troubles de l'attention ; il lit correctement la première partie de la phrase, puis invente purement et simplement la suite, ou bien il donne une version très approximative de l'ensemble, à partir de quelques mots.

Il présente également une difficulté à l'évocation des noms d'objets, qui va apparaître à certains moments comme une véritable aphasie amnésique : buvard « ...essuie-mains... quand on écrit, on passe l'essuie-mains pour ne pas salir les mains... » ; lunettes : « ...essuie-mains... c'est pour voir si on écrit bien droit... » ; cravate : « ...des lunettes... de l'étoffe... de la soie... c'est un nœud... ». La dénomination est d'ailleurs très variable d'un moment à un autre.

Il présente un véritable effondrement de la mémoire et échoue complètement à l'épreuve des trois papiers. Les gnosies sont par contre intactes.

Il fait preuve d'une obstination rigide dans l'erreur de type démentiel.

L'examen neurologique est négatif, mais le fond d'œil montre une stase papillaire bilatérale.

L'examen anatomique montra la présence d'un gliome fronto-calleux

bilatéral ; la tumeur envahit presque toute la substance blanche du lobe préfrontal gauche, laissant libre la substance grise, sauf quelques infiltrations à la face interne ; à droite l'extension tumorale était moins marquée et intéressait surtout la partie interne de la substance blanche.

Au point de vue histologique, il s'agissait d'un gliome polymorphe.

Si nous reprenons l'ensemble de ces observations, qui dégagent vraiment les types des troubles que nous avons observés chez les malades porteurs de tumeurs frontales, nous voyons que le syndrome frontal tumoral est vraiment centré sur les troubles de l'activité, de la conscience, de l'humeur et du caractère, mais que leur dominance, leur combinaison et leur qualité peuvent aboutir à la composition de tableaux cliniques variés.

Mais les tumeurs sont elles-mêmes variées dans leur nature et dans leur topographie. Y a-t-il une relation entre ces caractères de la tumeur et l'aspect du tableau clinique ? C'est ce que nous allons essayer de préciser.

IV. Formes anatomo-cliniques du syndrome frontal tumoral

Nous avons déjà indiqué, parmi les données statistiques, que les gliomes donnaient davantage de troubles mentaux que les méningiomes, et que les gliomes bilatéraux en produisaient de façon presque constante. Nous avons également indiqué que les méningiomes de la base et ceux de la convexité provoquaient plus volontiers des modifications psychiques que ceux de la face interne, mais, étant donné le nombre relativement réduit de nos observations de méningiomes, cette donnée statistique n'a probablement pas une bien grande valeur.

Mais nous n'avons pas abordé deux problèmes importants, celui des rapports éventuels entre la nature des troubles et la nature de la tumeur et celui des liaisons possibles entre la situation de la tumeur dans le lobe frontal et le trouble clinique dominant observé.

1° FORMES SUIVANT LA NATURE ET L'ÉVOLUTION DE LA TUMEUR

Il ne saurait être question ici d'aboutir à des différences tranchées, et les rapports que nous allons établir n'ont aucune valeur formelle et absolue.

Une première différence anatomique importante entre les tumeurs est que les unes sont intracérébrales, infiltrant et détrui-

sent la substance noble, alors que les autres sont extracérébrales et compriment seulement les tissus nerveux, dans lesquels d'ailleurs cette compression peut bientôt créer des lésions. Mais, sur ces critères de compression et d'infiltration, nous n'avons pu ébaucher aucune différenciation valable ; deux d'entre nous avaient un moment pensé et exprimé l'idée que, chez les malades présentant une compression du lobe frontal, subsisteraient la conscience et la critique des troubles du comportement qu'ils présentent, en particulier ceux de l'humeur. La malade de David et Askénasy paraissait, nous l'avons vu, confirmer cette idée. En fait, il est impossible de la maintenir devant l'ensemble de nos observations et celles que nous avons rapportées suffisent à le montrer.

Par contre, la rapidité d'évolution de la tumeur, qu'elle soit extra- ou intracérébrale, nous a paru un facteur beaucoup plus important de la qualité du tableau clinique.

C'est dans les tumeurs à évolution lente ou relativement lente que se manifeste au maximum le trouble de l'activité constitué par l'apathie, l'akynésie, la perte de l'initiative, et c'est dans ces tumeurs qu'il est le moins teinté par les troubles de la conscience à type confusionnel.

C'est au contraire dans les tumeurs à évolution rapide que les symptômes de la série confusionnelle sont au premier plan de la sémiologie et que le trouble de l'activité prend alors le visage de la torpeur confusionnelle, qui traduit une profonde dislocation des processus psychiques.

Les troubles du caractère et de l'humeur, et surtout ces derniers, revêtent également un aspect différent suivant la rapidité d'évolution. C'est dans les tumeurs à évolution lente que se manifestent les modifications les plus riches et les plus pittoresques, aussi bien dans le sens de variations paradoxales que dans celui de l'euphorie syntone ou de la vraie rumination dépressive, de la douleur morale. Au contraire, dans les évolutions rapides, ces manifestations sont pauvres, monotones et, pour les définir, le terme d'inconscience serait le plus souvent bien plus juste que celui de troubles de l'humeur.

Il est possible de penser que de telles modifications sont en rapport avec l'hypertension intracrânienne et il est bien certain que celle-ci n'est elle-même pas sans relation avec la rapidité d'évolution de la tumeur. Mais le problème dépasse sûrement celui du degré de l'hypertension intracrânienne, et nous n'avons jamais pu le résoudre, même approximativement, par cette simple corrélation. L'observation 29 nous en fournit un exemple :

la tumeur était à évolution lente (méningiome), elle a provoqué une hypertension intracrânienne très importante avec, vraisemblablement, début d'engagement réalisant le type même de l'urgence neuro-chirurgicale ; non seulement, on notait chez cette malade une stase papillaire considérable avec nombreuses hémorragies, mais elle présentait une difficulté à l'ascension du regard, une raideur de la nuque et un signe de Kernig ; pourtant, elle ne manifestait que peu de troubles de la série confusionnelle. Ces troubles étaient au contraire beaucoup plus marqués chez le malade de l'observation 35, présentant pourtant une hypertension intracrânienne sûrement moins importante avec stase papillaire modérée, mais une tumeur à évolution beaucoup plus rapide.

D'autres facteurs, tels que la localisation ou la massivité de l'atteinte tumorale, jouent également un rôle important, mais, sans vouloir lui donner une valeur privilégiée ou le dissocier des autres, nous avons pensé qu'il était nécessaire de souligner le facteur rapidité d'évolution de la tumeur.

2° FORMES SUIVANT LA SITUATION TOPOGRAPHIQUE DE LA TUMEUR

Parmi les tumeurs intracérébrales, il nous a paru impossible de tenter des différenciations topographiques à quelques exceptions près ; une telle différenciation serait déjà bien hasardeuse sur le simple plan anatomique, car, dans la plupart des cas, il s'agit de tumeurs infiltrantes ; sur le plan clinique, il n'y a eu le plus souvent aucune liaison entre la situation tumorale et des symptômes particuliers.

Nous pouvons seulement noter deux indications générales, valables pour toutes les tumeurs intracérébrales et quant à la qualité des syndromes observés. La première est que ces tumeurs donnent des tableaux cliniques où sont retrouvées intimement liées les diverses catégories de troubles (conscience, activité, humeur et caractère). La deuxième est qu'elles provoquent le plus précocément et le plus volontiers les altérations de la conscience du type subconfusionnel, en particulier l'obtusion, l'obnubilation et la somnolence.

La séparation anatomique des tumeurs extracérébrales est infiniment plus facile, mais les différenciations anatomo-cliniques n'en sont pas, pour autant, automatiquement facilitées. Il est impossible de s'appuyer valablement sur une simple étude statistique des symptômes, car, avec autant de précision qu'on essaye de les définir, même en employant des épithètes telles que, par

exemple, torpeur akynétique et torpeur confusionnelle, ils n'ont jamais une rigueur absolue, même sur le simple plan sémiologique ; ils ne prennent leur véritable signification que dans leur cadre syndromique. Aussi est-ce par rapport aux syndromes dans leur ensemble qu'il faut essayer d'apprécier le rôle éventuel de la localisation lésionnelle.

Les observations que nous avons rapportées, et qui n'avaient pourtant été choisies que dans un but d'illustration clinique, nous apportent les éléments essentiels de la discussion.

Trois des tumeurs intéressent les régions sous-frontales (obs. 28, 29 et 35) : parmi elles figure un gliome, mais celui-ci est assez bien localisé à la partie inférieure et infiltre la dure-mère de la base. Or, nous voyons, dans ces trois cas, prédominer très nettement le syndrome apathie-akynésie-perte de l'initiative ; la détérioration reste minime au moins dans deux cas, dans l'un de ceux-ci malgré une grosse hypertension intracrânienne ; les troubles de l'humeur ne font que colorer le tableau clinique. Ces caractères sont confirmés par l'ensemble de notre matériel clinique. Ce sont dans les tumeurs sous-frontales que se rencontrent de la façon la plus marquée et la plus pure les troubles de l'activité au sens du syndrome frontal de Kleist.

Rappelons ici que nous avons également rencontré essentiellement dans les tumeurs sous-frontales les manifestations hystériques (3 fois sur 4) ; ces troubles se situent plus dans le groupe des troubles de l'activité que dans celui des troubles de l'humeur et du caractère.

Le syndrome d'akynésie était également très marqué dans l'observation 25, où il s'agissait d'une tumeur de la face interne, mais, étant donné le développement de la tumeur, l'atteinte de la région orbitaire est ici évidente. Dans les autres tumeurs de la face interne, moins volumineuses et ainsi mieux désignées au point de vue topographique, nous n'avons pas remarqué de troubles aussi frappants ; non seulement, ils ont été en général beaucoup plus modérés, mais ils ont revêtu un type plus polymorphe, plus proche de celui que nous avons attribué plus haut aux tumeurs intracérébrales que de celui des tumeurs orbitaires. Dans un cas, cependant, il n'existait que des troubles de l'humeur (obs. 37 : dépression, puis euphorie), mais très modérés.

Les observations 22 et 24 présentent un tableau clinique fait essentiellement de troubles de la conscience désorganisant les activités professionnelles sans akynésie et de troubles de l'humeur, peut-être plus manifestes encore, dans le sens moriatique. Les deux malades étaient porteurs d'un méningiome de la con-

vexité. Ce type d'altération des processus de conscience, troubles intellectuels dans le sens du syndrome confusionnel le plus classique entraînant la même forme d'incapacité dans les activités professionnelles, a été constant et caractéristique dans nos six cas de méningiomes de la convexité avec troubles mentaux. Mais la note moriatique n'est présente que dans quatre d'entre eux et dans un cas sous une forme atténuée ; elle nous paraît cependant revêtir une certaine valeur. Dans les autres observations, l'euphorie est ou bien marquée par la détérioration, ou bien latente, non manifestée spontanément par le malade et ne prenant pas l'aspect de la moria.

Indiquons, pour terminer cette étude anatomo-clinique, que la latéralisation hémisphérique de la tumeur n'influe pas plus sur la qualité des troubles mentaux que sur leur fréquence, et que la bilatéralité n'a d'influence nette que lorsqu'il s'agit de tumeurs intracérébrales ; le type clinique est le même que celui que nous avons défini pour les tumeurs intracérébrales en général, mais alors plus accentué.

V. Comparaison des troubles mentaux des tumeurs frontales avec ceux observés dans les tumeurs fronto-temporales et rolandiques.

Nous allons maintenant confronter les données quantitatives et qualitatives de l'étude que nous venons de faire avec celles fournies par deux catégories de tumeurs qui intéressent aussi le lobe frontal, mais soit conjointement au lobe temporal, soit dans sa partie postérieure (circonvolution rolandique).

1° LES TROUBLES MENTAUX DANS LES TUMEURS FRONTO-TEMPORALES

Nous avons recensé 25 tumeurs de ce type et avons pu utiliser toutes les observations. Nous ne relevons des troubles mentaux que dans 12 d'entre elles, soit 48 %.

Une seule était bilatérale (méningiome du jugum sphénoïdal) ; 13 étaient des tumeurs droites et 5 d'entre elles ont entraîné des troubles mentaux ; 11 étaient des tumeurs gauches et 6 d'entre elles ont entraîné des modifications psychiques. La proportion des troubles nous paraît donc ici un peu plus forte dans les tumeurs gauches, mais le nombre de nos observations est trop

faible pour que nous puissions en tirer des conclusions. Précisons à ce propos que nous n'avons pas fait entrer dans les troubles mentaux les troubles aphasiques, ni les perturbations des rapports du malade avec l'ambiance qui en découlent directement.

La fréquence des modifications psychiques par rapport à la nature de la tumeur nous est donnée par le tableau suivant.

Nature et siège de la tumeur	Nombre total de cas	Nombre de cas avec troubles mentaux
Méningiomes de la convexité	2	1
Méningiomes de la base	10	3
Gliomes	10	5
Métastases	2	2
Tumeurs diverses	1	1

La stase papillaire est ici moins fréquente que dans les tumeurs frontales pures et on ne la rencontre que dans 58,3 % des cas, mais les rapports entre l'hypertension intracrânienne et l'existence de troubles mentaux s'avèrent, dans les tumeurs fronto-temporales, beaucoup plus intimes ; en effet, la fréquence de la stase papillaire chez les malades ne présentant pas de troubles mentaux n'est que de 41,7 %, alors qu'elle s'élève à 75 % chez ceux qui présentent des modifications psychiques.

Le début a été marqué deux fois par des modifications de l'état mental, associées dans un cas avec l'apparition de céphalées : amnésie de fixation (obs. 2 : méningiome de la petite aile du sphénoïde droit) ; somnolence et syndrome confusionnel léger (obs. 12 : gliome gauche). Dans trois autres cas, le début a été précoce : état confusionnel très important et d'apparition très rapide (obs. 3 : métastases frontale et temporale gauches) ; confusion mentale légère (obs. 6 : gliome droit) ; hallucinations hypnagogiques (obs. 11 : méningiome du jugum sphénoïdal à développement bilatéral). Dans un cas, nous n'avons pas pu obtenir de renseignements suffisants sur l'anamnèse.

Au point de vue sémiologique, nous n'avons retrouvé que trois fois des tableaux cliniques assez superposables à ceux que nous avons exposés dans les tumeurs frontales : euphorie, indifférence, aspect moriatique dégradé (obs. 8) ; apathie, akynésie, indifférence, obtusion légère (obs. 9) ; ralentissement des activités psychiques, euphorie, sthénie agressive avec véhémence, causticité, ironie, tableau clinique plus proche de la manie colé-

reuse que de la moria (obs. 10). Toutes les autres observations sont caractérisées par la présence à peu près exclusive d'un syndrome confusionnel banal d'intensité variable : confusion mentale légère simple (obs. 1) ; amnésie de fixation très importante : le malade part, par exemple, en voiture et rentre à pied chez lui, ayant totalement oublié qu'il avait pris sa voiture (obs. 2) ; état confusionnel simple important (obs. 3) ; état confusionnel léger avec accès dépressifs (obs. 4) ; état confusionnel modéré avec torpeur (obs. 5) ; état confusionnel important avec amnésie à prédominance de fixation et torpeur très marquée (obs. 6) ; état confusionnel simple, mais très marqué (obs. 7) ; somnolence avec hallucinations hypnagogiques : le malade voit des animaux couleur terre, des reptiles, des monstres qui disparaissent quand il ouvre les yeux ; il éprouve en même temps une angoisse, « parfois ce sont des gens que je connais, la figure se déforme, le nez s'allonge, ce sont des plaies, ils deviennent hideux. Les gens, je les vois dans la nature, dans un bois, dans un fossé, ils se déplacent, ils bougent, ils courent après moi » (obs. 11) ; état confusionnel avec somnolence et affaiblissement intellectuel (obs. 12).

Nous pouvons donc retrouver dans les tumeurs fronto-temporales les éléments du syndrome frontal, mais leur caractéristique est constituée par un tableau beaucoup plus univoque, celui de la confusion mentale simple, et ce fait marque une différence très nette qui le dissocie du syndrome des tumeurs exclusivement frontales.

Nous n'avons pas pu différencier de formes anatomo-cliniques. L'évolution, telle que nous l'avons observée, se fait dans le sens de la progressivité des troubles, accélérée également dans les tumeurs à évolution rapide, et l'hypertension intracrânienne joue sûrement ici, comme nous l'avons vu, un rôle important. Le côté de la tumeur ne paraît pas intervenir dans la qualité des troubles ; nous devons signaler que, dans les trois syndromes proches du syndrome frontal, il s'agissait deux fois de méningiomes (une fois de la convexité et une fois de la base), mais il nous est difficile d'en tirer une conclusion valable.

Ce qui différencie donc les aspects psychiatriques des tumeurs fronto-temporales du syndrome des tumeurs frontales est : la fréquence nettement moindre des troubles mentaux, l'incidence beaucoup plus directe de l'hypertension intracrânienne et les caractères confusionnels simples prévalents du syndrome de base.

2° LES TROUBLES MENTAUX DANS LES TUMEURS ROLANDIQUES

Nous avons recensé 16 observations de tumeurs rolandiques et nous avons dû en éliminer cinq pour association d'une hémorragie cérébro-méningée par angiome (1 cas), métastases multiples (1 cas) et observation insuffisante (3 cas). Parmi les 11 observations restantes, nous avons relevé seulement trois cas avec troubles mentaux. Il s'agissait dans les trois cas de tumeurs gauches, mais le nombre de nos observations est trop faible pour que nous accordions à ce fait une valeur, d'autant plus que neuf d'entre elles étaient gauches. Parmi ces trois malades, un seulement présentait une stase papillaire, mais il faut dire que la stase papillaire est peu fréquente dans les tumeurs rolandiques et que nous n'en avons relevé que 3 cas sur 11 malades. Les trois tumeurs à l'origine du syndrome mental furent : un méningiome de la convexité, un tuberculome et un abcès métastatique.

Au point de vue sémiologique, il s'agissait dans les trois cas d'un syndrome confusionnel, léger dans le cas de tuberculome, mais avec troubles mnésiques assez marqués, d'intensité moyenne dans le cas de méningiome, et très important dans le cas d'abcès métastatique avec stupeur ; c'est dans ce dernier cas que nous avons constaté la présence d'une stase papillaire.

Il nous est difficile de tirer ici beaucoup de conclusions, si ce n'est la rareté, que soulignaient déjà Baruk et Ectors, des troubles mentaux dans les tumeurs rolandiques par rapport aux tumeurs qui intéressent la partie antérieure du lobe frontal.

LE SYNDROME MENTAL DES TUMEURS FRONTALES DANS LE CADRE DU SYNDROME PSYCHIQUE FRONTAL GENERAL

Les idées quant à la spécificité du syndrome psychique des tumeurs frontales ont beaucoup évolué, dans leur ensemble, au cours des cinquante dernières années. Les premiers travaux, comme nous l'avons vu, concluaient à l'absence de spécificité ; or, les travaux les plus récents tendent à peu près tous à établir une telle spécificité, même s'ils ne sont pas d'accord sur sa nature, et vont même jusqu'à ébaucher une différenciation de plusieurs syndromes topographiques à l'intérieur du lobe frontal. Ce mouvement est extrêmement net, malgré l'existence de conceptions violemment opposées, telle celle exprimée par Walther-

Buel. Il nous semble y avoir à cette évolution deux raisons essentielles. L'une est que les progrès de la neurochirurgie ont attiré l'attention sur les troubles permettant de détecter aussi précocement que possible les tumeurs cérébrales ; les malades sont le plus souvent examinés plus précocément, avant que le syndrome focal soit noyé dans la détérioration générale. L'autre est que d'importants travaux expérimentaux ont été conduits parallèlement aux études anatomo-cliniques ; une véritable expérimentation a été réalisée chez l'homme par les lobectomies, puis par les lobotomies ; sur les très riches données de ces études a été bâti un véritable syndrome psychiatrique frontal, dont nous avons exposé au début les éléments essentiels. Ces données ont incontestablement guidé les examens cliniques des malades porteurs de tumeurs frontales, et les différents auteurs ont cherché à retrouver chez eux les éléments observés dans les lésions traumatiques ou à la suite des lobectomies. Cette connaissance de ce que l'on a appelé les fonctions mentales du lobe frontal a incontestablement enrichi l'étude clinique des tumeurs frontales ; mais cette systématisation, quelquefois assez rigide et plus théorique que sémiologique, n'est pas sans présenter des inconvénients pour l'objectivité des études cliniques, et il convient d'en tenir compte lorsque l'on aborde le problème du syndrome psychique des tumeurs frontales.

Pour essayer de juger de la spécificité des troubles que nous avons relevés dans nos observations, nous allons d'abord les comparer à ceux qui ont été présentés par les malades porteurs de tumeurs encéphaliques à localisation différente.

Parmi 74 observations de tumeurs temporales, nous avons relevé 43 cas avec troubles mentaux permanents. Le syndrome confusionnel simple est nettement le plus fréquent chez ces malades ; nous l'avons noté chez 31 malades, dont 66,6 % présentaient une stase papillaire ; l'amnésie de fixation n'est très importante et ne vient au premier plan du tableau clinique que si la lésion est très postérieure. Nous n'avons pas observé de syndromes démentiels. Le début des troubles mentaux est précoce dans neuf cas, cinq fois de façon brutale.

Les troubles de l'humeur et du caractère étaient présents dans 18 cas ; les états dépressifs dominent ici et nous en avons relevé 10 cas, dont 3 à début précoce ; il s'agissait de formes dépressives assez hybrides et, seulement dans un cas, de mélancolie avec, d'ailleurs, des antécédents psychiatriques du même type ; les symptômes dépressifs n'étaient en général pas associés à des manifestations confusionnelles. L'euphorie n'a été, par contre, notée

que dans trois cas et toujours dans un tableau de confusion mentale.

Sur 75 tumeurs pariétales, nous relevons 35 cas de troubles mentaux. Le syndrome confusionnel simple domine également le tableau clinique ; il était présent dans 26 cas, dont 64 % avec stase papillaire. Dans la série des troubles de l'humeur et du caractère, nous notons six cas de troubles névrotiques, cinq états dépressifs hydrides et cinq cas d'euphorie, celle-ci étant quatre fois associée à des troubles somatognosiques.

Un aspect assez particulier des troubles psychiques est produit par les tumeurs pariéto-occipitales droites, et nous l'avons relevé 23 fois sur 43 cas ; il se rapproche, par ses caractères généraux, des troubles gnosiques observés dans ces tumeurs : euphorie, pseudo-obtusion, dont on tire parfaitement le malade en stimulant son attention, indifférence, désintérêt, minimisation des troubles.

Sur 37 tumeurs occipitales, soit strictement localisées à ce lobe, soit débordant en avant sur le lobe temporal ou le lobe pariétal, nous avons observé 11 fois des troubles mentaux. L'état confusionnel est encore ici au premier plan et nous l'avons noté dans sept cas, dont deux fois très important ; la caractéristique de cet état confusionnel est ici l'importance, souvent prédominante, des troubles de la mémoire et, en particulier, de l'amnésie de fixation qui a été considérable dans cinq cas. Le désintérêt, l'indifférence, l'inconscience de la maladie et l'euphorie, qui ont été relevés dans cinq cas, paraissent très liés avec les troubles confusionnels. Nous avons noté une fois un état dépressif, mais également sur fond confusionnel, et une fois des troubles du caractère isolés, mais sur fond de débilité mentale.

Dans les troubles de la région diencephalique, dont deux d'entre nous avec Sadoun ont rapporté 12 cas (4), les troubles de la conscience prédominent d'une façon massive sous forme d'un état confusionnel très marqué, allant de la somnolence au syndrome de Korsakov, avec troubles de la mémoire constants et très importants et onirisme fréquent. Cependant, dans quelques lésions postérieures, certains troubles psycho-moteurs (stupeur lucide, mutisme akinétique) peuvent apparaître.

Nous voyons donc que le noyau fondamental du syndrome psychique de toutes les tumeurs encéphaliques (y compris les tumeurs fronto-temporales et rolandiques que nous avons étudiées plus haut), autres que les tumeurs frontales, est le syndrome confusionnel ; c'est essentiellement dans ce contexte que s'insère l'euphorie qui ne prend pas un caractère moriatique ;

les troubles du caractère et de l'humeur tiennent une place très accessoire.

Le syndrome confusionnel a été aussi observé dans nos tumeurs frontales, mais il prend alors deux formes caractéristiques que nous n'avons pas retrouvées dans les autres tumeurs : il s'intègre dans un syndrome plus vaste, conjointement aux troubles de l'activité et de l'humeur qui lui donnent deux aspects cliniques très particuliers. Le premier est l'excitation subconfusionnelle avec expansivité de l'humeur et hyper-réactivité caractérielle dans le sens de la moria. Le deuxième, qui va à notre avis dans le sens du trouble frontal le plus caractéristique, est dominé par l'akinésie psycho-motrice et prend l'aspect clinique de la stupidité de Delasiauve.

Surtout, nous n'avons jamais observé ailleurs que dans les tumeurs frontales, sauf au cours de certaines tumeurs diencéphaliques, cette dominance akinétique avec contexte confusionnel mineur, akinésie qui se présente comme un grave trouble psycho-moteur, une suspension de l'activité à l'état pur.

Nous pensons qu'il est donc légitime de reconnaître l'existence d'un syndrome mental particulier aux tumeurs du lobe frontal. Ni l'entrée en jeu de l'hypertension intracrânienne, ni la présence ou l'absence d'un syndrome neurologique ne peuvent expliquer les différences sémiologiques observées.

Ce syndrome tumoral s'intègre d'ailleurs très bien dans le syndrome général des altérations frontales et peut apporter des éléments aux discussions depuis longtemps poursuivies sur la clinique et la psychopathologie du syndrome psychique frontal. Nous allons maintenant rappeler les éléments principaux de ces discussions.

La notion de syndrome frontal est née de toute une série de travaux expérimentaux et cliniques, auxquels se sont ajoutées, avec les interventions neuro-chirurgicales, les données d'une véritable expérimentation clinique.

Dès 1875, Ferrier, pratiquant l'ablation orbito-frontale chez le singe, remarqua, à la suite, d'importantes modifications du comportement de l'animal ; les animaux opérés étaient caractérisés par la nonchalance et le manque d'activité, l'absence d'intérêt au-delà des sensations immédiates, la perte du don d'observation ; ils étaient devenus « stupidement calmes ». Hitzig constata la perte des acquisitions récentes et de l'éducabilité. Bianchi obtint chez des chiens et chez des singes une apathie avec incapacité d'adaptation à une situation nouvelle, un manque

absolu d'utilisation des expériences, une grande irritabilité avec impulsivité. Franz constata aussi la perte des acquisitions, mais avec quelquefois possibilité de rééducation partielle. Choroschko releva une incohérence du comportement des animaux, une désorientation spatiale, une apathie, des troubles du caractère et des instincts. Kalischer nota l'impossibilité de créer des conditionnements alimentaires chez des chiens lobotomisés, et Anokhine, qui nie l'action de la suppression préfrontale sur les réflexes conditionnés salivaires, montre la désorganisation de réflexes conditionnés plus complexes. Jacobsen et Fulton montrèrent que l'ablation bilatérale des lobes préfrontaux entraîne l'impossibilité de réalisations des activités complexes apprises par dressage avec impossibilité de réapprentissage et une véritable incapacité de l'animal à la névrose expérimentale. Messimy et Finan ont obtenu chez le singe une exaltation de la personnalité affective qui n'est pas modifiée, une hyperactivité automatique et stéréotypée et des modifications du mode réactionnel par ablation bilatérale, l'ablation unilatérale produisant des troubles plus discrets, mais semblables, en particulier une hyperactivité alternant avec des périodes d'apathie.

En clinique, les *lésions vasculaires préfrontales* sont rares.

La question doit être envisagée tout d'abord dans les lésions unilatérales. Ethelberg, sur 20 cas de troubles circulatoires unilatéraux de l'artère cérébrale antérieure, relève sept cas chez lesquels existaient un léger déficit de la mémoire de fixation, avec légère modification du tonus affectif et parfois pleurs et rires inadéquats. Des troubles plus marqués ont été soulignés (Liepmann et Maas, Schuster et Pineas, Baldy, Critchley, Riécher). Ces troubles consistaient en confusion, bradypsychie, désorientation et graves troubles mnésiques. Il est à remarquer que la plupart de ces derniers cas concernaient des sujets âgés, présentant des lésions étendues dépassant le territoire de l'artère cérébrale antérieure.

Un fait important, souligné par Critchley et confirmé par Ethelberg, est l'absence de tout élément moriatique chez ces sujets.

Les atteintes bilatérales de ces territoires semblent donner des syndromes très intenses. Deux cas cités par de Morsier sont particulièrement remarquables par leur similitude : le cas de Zacher et celui de Mabillet et Pitres. Après un ictus brutal, s'étant accompagné de gros troubles de la conscience, l'un et l'autre malades présentaient un état d'apathie, de manque d'initiative complet

avec une amnésie de fixation quasi-totale, la mémoire pour les faits précédant l'ictus étant conservée. Dans le cas de Zacher, il existait une labilité extrême de l'humeur et des épisodes de fabulation. L'autopsie montra dans les deux cas l'atteinte exclusive de la substance blanche des deux lobes préfrontaux.

Au cours des anomalies vasculaires thrombosées conduisant rapidement au coma et à la mort, des troubles mentaux ont été décrits, à type de désorientation, logorrhée, érotisme verbal (Critchley, Hyland).

Nielsen et Jacobs, puis Barris et Schumann ont décrit un état d'apathie, de mutisme akinétique, avec indifférence à la douleur, gâtisme, signe de Babinski bilatéral, évoluant progressivement vers la stupeur, puis le coma et la mort en un mois environ. Dans les deux cas, la lésion atteint les deux gyri cingulaires antérieurs. En outre, chez le malade de Nielsen et Jacobs, la portion correspondante du corps calleux est aussi détruite.

Lidz (36) étudie de façon très minutieuse un cas de lésion vasculaire préfrontale gauche et souligne l'importance d'une grave limitation des possibilités associatives, qui est, à son avis, déterminante dans les troubles du comportement des lésions frontales. Il y a désordre de l'activité symbolique, à un stade moins primaire que l'aphasie, par diminution des possibilités de déplacement d'une tendance associative à l'autre ; les symboles ne peuvent plus être utilisés comme liens entre les expériences de même ordre. Selon cet auteur, la diminution intellectuelle est soit évidente, soit limitée à l'absence de prévision par impossibilité de lier toutes les circonstances et l'expérience antérieure ; en somme, les symboles, bien qu'utilisables rapidement, sont privés de leur pleine valeur associative et ainsi disparaît la capacité d'utiliser d'autres combinaisons.

L'étude des troubles observés à la suite des *traumatismes frontaux* a apporté une très grande contribution à l'édification du syndrome frontal. Kleist (32) a ainsi décrit les troubles de l'activité, troubles psychomoteurs dont l'importance s'est avérée si grande dans nos observations : perte de l'initiative, aspontanéité motrice, défaut d'idéation, mutisme ; mais il en attribuait surtout la responsabilité aux lésions de la convexité et même, dans une perspective très localisatrice, à l'aire 9 pour l'aspontanéité motrice et le défaut d'idéation et à l'aire 44 pour le mutisme ; par contre, il pensait que les lésions de la région orbitaire étaient à l'origine des troubles émotionnels : dépression et euphorie.

Goldstein (24, 25) décrit un syndrome frontal traumatique caractérisé par les troubles de l'attention et de la mémoire, l'in-

différence affective, l'akinésie et des troubles plus complexes de l'activité et de la conduite.

Jarvie (30), d'après six cas de lésions traumatiques, insiste sur l'importance de la désinhibition qui entraîne une altération permanente dans le tempérament de l'individu et la réduction du contrôle du comportement dans ses aspects sociaux. Cette désinhibition est isolée ou associée à d'autres troubles : déficit intellectuel, manque d'initiative, etc... Le malade a conscience de son nouvel état, mais ne le contrôle pas ; la personnalité n'a pas changé, mais des tendances jusque-là inhibées se révèlent. La présence de ce symptôme n'est pas en rapport avec la nature de la lésion, ni avec sa massivité (une atteinte unilatérale suffit à le provoquer), mais il dépend de la personnalité antérieure : il est nécessaire qu'il existe des tendances socialement indésirables et qui étaient jusque-là contrôlées ; c'est ce qui, pour l'auteur, expliquerait sa rareté.

Nous rappellerons simplement ici l'importance des lésions frontales dans des affections telles que la démence paralytique, les démences abiotrophiques, en particulier type Gans, etc... La lésion est ici toujours assez diffuse, même si elle a un caractère frontal prédominant.

Les études les plus valables d'un point de vue anatomo-clinique sont incontestablement celles basées sur l'observation des syndromes créés par les *lobectomies frontales*. Après lobectomies unilatérales, Dandy, O'Brien, Rowe, Jefferson et Clovis Vincent ne relèvent aucun trouble. Ackerley note, par contre, une impossibilité de concentration et de synthèse après lobectomie droite ; Penfield et Evans, une perte d'initiative et de faculté d'organisation. Mais le travail le plus important sur ce problème est celui de Rylander (48) ; cet auteur rapporte 32 cas de lobectomies unilatérales et conclut qu'elles entraînent presque toujours des modifications psychiques : diminution de l'inhibition des réponses affectives, tendance à l'euphorie, moins souvent à la dépression (rôle de la personnalité antérieure du malade), modifications de l'activité psychomotrice et volitionnelle, instabilité, diminution de l'initiative et de l'attention ; les modifications intellectuelles ne sont pas fonction du côté opéré, mais de l'importance de l'ablation. D'une autre étude (49), Rylander conclut que les troubles psychiques sont nettement plus marqués après l'ablation d'un lobe frontal qu'après l'ablation de l'un quelconque des autres lobes.

A la suite de lobectomies frontales bilatérales, Brickner, puis Karnosh et Gardner notent un syndrome frontal caractéristique ;

Nichols et Hunt relèvent surtout des troubles intellectuels aboutissant à un « comportement abstrait ». En raison de l'importance de ces études sur les sujets ayant subi des lobectomies bilatérales, les conclusions des différents auteurs seront reprises ultérieurement.

Messimy, étudiant des sujets ayant subi une lobectomie unilatérale partielle pour tumeur bénigne (37), note des modifications de l'activité et des troubles psychiques : baisse de la mémoire, surtout des faits récents et abstraits, distractibilité anormale, diminution de la capacité de fixer les acquisitions récentes qui se manifeste plus dans la vie quotidienne et au travail que dans les tests, diminution de l'activité avec apathie et manque d'initiative ou au contraire hyperactivité stéréotypée ou alternance périodique de ces troubles, surtout troubles affectifs et instinctifs importants : irritabilité, incontinence émotionnelle, euphorie souvent évidente, dépression rare.

Les *lobotomies* ont apporté un important matériel d'étude, mais l'interprétation en est souvent très difficile, sinon impossible, au point de vue psychopathologique, étant donné les troubles mentaux préexistants. Nous n'aborderons pas ce problème trop complexe et sur lequel existe une vaste littérature (Moniz et Lima, Freemann, Rylander, Halstead, Mettler, Barahona Fernández, Pétrie, Greenblatt et Salomon, Meyer et Beck, etc...). De toutes ces études, il ressort que la personnalité du lobotomisé présente comme caractères principaux le manque d'initiative avec inertie, les tendances euphoriques, l'extraversion avec simplification des réactions sociales, la perte de la chaleur émotionnelle, l'absence de prévisions pour le futur plus ou moins lointain et, enfin, l'altération de la pensée abstraite.

De tous ces travaux, se sont dégagées des conceptions psychopathologiques des troubles mentaux consécutifs aux lésions frontales, et certains auteurs ont essayé d'en inférer à une conception d'ensemble de la fonction des lobes frontaux dans la vie mentale.

Les deux lobes frontaux semblent avoir une fonction similaire, bien que de Morsier (39) ait émis l'hypothèse d'une dominance frontale dans la fonction mnésique, que Feuchtwanger, Baruk et Goldstein aient accordé une certaine prépondérance au lobe gauche, dont l'atteinte produirait des troubles plus marqués ; il semble bien, et les travaux de Rylander (48) en apportent une démonstration assez convaincante, que l'on ne puisse pas retenir

de différences valables. Nos observations de tumeurs vont, nous l'avons vu, pleinement dans ce sens.

Certains auteurs pensent que c'est la désorganisation créée par la lésion frontale qui est responsable des troubles mentaux observés ; en enlevant totalement cette lésion, et quoique le ou les lobes frontaux soient simultanément exclus, le sujet retourne à l'état normal. C'est l'opinion qu'avait défendue Clovis Vincent et que Stookey, Scarff et Teitelbaum appuient par l'étude de 23 cas ; le cas unique, mais assez remarquable, de Hebb et Penfield va dans le même sens : après lésion traumatique des deux lobes préfrontaux, un jeune malade présente d'importants troubles du comportement qui disparaissent, à une certaine insouciance pour l'avenir près, à la suite de l'ablation complète de la lésion et des deux pôles frontaux.

Cependant, la plupart des auteurs pensent que lésion et exclusion des lobes frontaux ont une signification psychopathologique assez analogue, et le problème fondamental est précisément celui de l'étude des processus psychopathologiques.

G. de Morsier (39), qui fait reposer le syndrome frontal sur une triade (amnésie de fixation, apathie, irritabilité), fait de l'amnésie de fixation et de l'incapacité d'acquisition qui en résulte le noyau fondamental de ce syndrome, et, de la fonction mnésique, la fonction privilégiée du lobe frontal qui la partage avec l'hypothalamus.

Pour Brickner (11), le trouble fondamental du syndrome frontal consiste dans un déficit des plus hauts processus d'association, dans une baisse de la capacité de synthèse, dont les autres troubles tant intellectuels qu'émotionnels ne sont que la résultante.

Lhermitte (35), qui insiste sur la libération instinctive, estime que ce ne sont pas les facultés primaires de l'esprit qui sont touchées, mais leur mise en œuvre ; il y a discordance dans la compréhension de la donnée d'un problème et de l'appréciation d'une situation et perte, dissolution ou affaiblissement de l'activité réalisatrice.

Choroschko (13) estime que les fonctions essentielles des lobes frontaux sont celles de l'attention active et de la conduite (initiative, spontanéité), et c'est cette diminution de l'attention active, de la faculté mnésique, de la faculté d'observation, de la précision de l'impressionnabilité, de la stabilité et de la capacité de l'attention qui détermine, dans les lésions frontales, des actions privées de but et de motif et des anomalies de la conduite.

Goldstein (24) pense que le trouble fondamental est constitué

par le manque de compréhension du monde extérieur appréhendé dans ses parties et non en totalité ; l'absence d'intérêt, comme l'absence de réactions émotionnelles et affectives, vient de l'incapacité à comprendre l'ensemble d'une situation et à différencier les diverses situations. C'est l'identité qui fait l'indifférence. Les troubles de l'activité et des conduites sociales ne sont que des réponses à des fragments de situation et non à l'ensemble. Le syndrome frontal est donc caractérisé par la diminution de la capacité d'extraire l'essentiel d'un processus en tant que figure importante et déterminante (prégnante) de l'arrière-fond indifférent. Par la suite, Goldstein (25) précise que les lésions frontales déterminent une régression de l'attitude plus abstraite du comportement général à une attitude plus concrète, plus primitive. Les fonctions du lobe frontal sont de deux ordres : d'une part, d'ordre corporel : diriger soit le corps en totalité, soit les yeux, soit un membre, dans le sens d'une action d'ensemble déterminée ; d'autre part, d'ordre psychique : action d'ensemble vers une situation donnée dont l'essentiel aura été appréhendé et à laquelle correspondront des réactions affectives et volitionnelles.

Halstead (26, 27) caractérise le syndrome frontal par la perturbation des « fonctions supérieures de conscience » sous forme d'altérations perceptives et de troubles de la vigilance (au sens de Head) ; le contact perceptif avec le monde extérieur est « fragmentaire, instable et réduit dans son facteur puissance ». L'auteur fait reposer l'« intelligence biologique », qui serait la fonction frontale par excellence, sur quatre facteurs : facteur central d'intégration, facteur d'abstraction, facteur de puissance, facteur de direction.

Anokhine (5) caractérise le rôle du lobe frontal comme celui de coordination de toutes les diverses fonctions dans un système fonctionnel harmonieux et de distribution dans le temps des diverses phases de la réaction motrice, et il qualifie le lobe frontal d'« organe de synthèse des formes les plus complexes de comportement actif », cette synthèse étant réalisée par l'assemblage d'éléments représentés dans différents lobes du cerveau.

Au contraire de tous ces auteurs, Russel (47) considère que les troubles par lésions frontales sont de peu d'intensité chez l'adulte et il pense que l'importance des lobes frontaux se situe surtout avant l'âge adulte, car, à cet âge, les mécanismes frontaux ont déjà tellement marqué le comportement que la destruction de ces lobes ne joue plus ; mais il y aurait naturellement pour cet auteur des différences individuelles.

Arnot (6) pense enfin, quant à lui, que la fonction des lobes frontaux est d'aider à la persistance des états émotionnels, des trames de pensée, des actions motrices et des inhibitions motrices.

Si les opinions des auteurs divergent, aussi bien sur le plan sémiologique que sur le plan psychopathologique, ou, plus exactement peut-être, quant à la prévalence qu'ils accordent à certains symptômes et à certaines fonctions par rapport aux autres, il ressort tout de même de cette rapide étude d'ensemble une indéniable unité clinique. Et cette unité est justement soudée par le noyau de symptômes, le noyau de troubles psycho-moteurs et émotionnels, le noyau d'altération des rapports du malade avec son ambiance, que nous avons retrouvé dans l'étude de nos observations de tumeurs frontales.

Nous noterons de plus que les troubles intellectuels, les troubles de la conscience sont présents dans de nombreuses lésions non tumorales et que certains auteurs basent même sur eux l'explication psychopathologique du syndrome frontal. Il faudrait donc se garder, nous semble-t-il, de les attribuer d'une façon absolument systématique dans les tumeurs à l'hypertension intracrânienne et de leur dénier ainsi toute valeur focale.

Nous ne cherchons pas à éluder les problèmes difficiles posés par l'hypertension intracrânienne et nous essayerons de les envisager tout à l'heure, mais il nous semble que la valeur focale du syndrome psychique des tumeurs frontales ressort d'une façon manifeste des diverses confrontations auxquelles nous venons de le soumettre.

Si l'ensemble du syndrome tumoral cadre bien avec les données expérimentales et anatomo-cliniques, en est-il de même des formes anatomo-cliniques que nous avons essayé de différencier ? Nous abordons ici un problème encore plus discuté que celui de la fonction du lobe frontal dans son ensemble ; essayons cependant d'en faire le point et d'en dégager les perspectives.

Schuster présentait déjà le rôle du lobe orbitaire comme prépondérant et Welt attribuait à son atteinte les troubles du caractère et les perversions morales. Kleist, nous l'avons vu, considérerait ce lobe orbitaire comme le centre de la vie émotionnelle, opinion partagée par de nombreux auteurs, alors qu'il attribuait les troubles de l'activité intellectuelle et psycho-motrice aux lésions de la convexité. Goldstein pense que les troubles de l'humeur résultent d'une lésion du système fronto-thalamique. Berger

attribue, de façon plus précise, à l'atteinte de l'aire 11 les troubles du caractère, la méconnaissance de la maladie et les troubles des fonctions mentales les plus complexes. Plusieurs auteurs tendent à situer les fonctions intellectuelles vers les aires postérieures et les régulations affectives vers le pôle frontal.

Les études de Le Beau (34) sur les troubles mentaux observés à la suite d'interventions psycho-chirurgicales partielles sur différentes régions des lobes frontaux nous apportent des données très importantes.

Cet auteur remarque que le syndrome post-opératoire précoce est infiniment plus fréquent dans les interventions portant sur les pôles, la convexité et le lobe orbitaire, où sa fréquence dépasse 60 %, que dans les cingulectomies, où elle n'atteint que 25 %. Nous avons observé pour les tumeurs dont la localisation peut être assez bien établie, c'est-à-dire les méningiomes, une variation analogue, quoique moins importante, dans la fréquence des troubles mentaux : 55,5 % pour la convexité et la face orbitaire contre 37,5 % pour la face interne.

Le Beau présente également les différences cliniques selon la région lésée. A son avis, le syndrome de confusion mentale n'a pas de valeur localisatrice, car il correspond aux modifications générales de l'irrigation cérébrale et au retentissement hypothalamique ; cependant, l'auteur note que ce syndrome a été particulièrement net dans quatre interventions touchant largement la convexité (aires 45 et 46). Le syndrome hypomaniaque, soit sous la forme décrite par Rylander, soit sous forme d'excitation psychomotrice, a été essentiellement observé dans les lésions intéressant la convexité ou débordant sur elle (32 fois sur 37), et l'auteur le relie plus particulièrement à l'atteinte de l'aire 9. Si nous rapprochons ces deux syndromes, nous sommes obligés de constater que leur fusion n'est pas sans analogie avec les tableaux cliniques que nous avons plus haut signalés comme prépondérants dans les atteintes de la convexité chez les malades que nous avons observés.

D'autre part, le syndrome d'inertie a été essentiellement observé par Le Beau dans les lésions orbitaires ou intéressant la face orbitaire (13 fois sur 18). Ces faits concordent encore avec nos propres constatations et ils apparaissent nettement dans les observations-types que nous avons publiées.

Par contre, le syndrome post-opératoire est extrêmement discret dans les interventions portant sur la face interne et sur le pôle frontal, ce dernier point concordant avec l'opinion de

Cushing (14) sur la rareté des troubles mentaux dans les ménin-
giomes de la région polaire.

Le Beau en vient donc à caractériser cinq syndromes, très iné-
gaux dans leur richesse psychiatrique : un syndrome de la con-
vexité dorsale (aire 9) avec mélange d'indifférence affective et
d'excitation sur un fond possible de confusion mentale légère ;
un syndrome de la convexité rostrale (aire 10) avec troubles mi-
neurs constitués par une légère indifférence affective et qui se
distingue du précédent surtout par le calme des malades ; un
syndrome de la face orbitaire caractérisé par l'inertie, l'absence
complète d'intérêt pour l'ambiance et l'asthénie ; un syndrome
cingulaire caractérisé de façon assez paradoxale par l'absence de
troubles mentaux, le calme avec tendance à l'inertie si la lésion
approche de la face inférieure ; un syndrome polaire assez pro-
che de celui de l'aire 10, mais avec une apathie plus nette.

Nous avons marqué au passage les points communs entre les
constatations de Le Beau et les nôtres. Il n'est bien entendu pas
question d'établir pour les tumeurs de semblables différenciations
syndromiques. Mais, quoique les conclusions de Le Beau nous
paraissent, même compte tenu du caractère privilégié de son
matériel [les derniers travaux de Meyer et Beck (38^{bis}) montrent
d'ailleurs avec quelle prudence il faut s'engager dans cette voie],
un peu trop étroitement et rigidement localisatrices, nous ne
pouvons pas ne pas souligner l'importance que nous attachons
au fait que des données anatomo-cliniques aussi différentes ail-
lent dans le même sens. Ce fait nous semble légitimer, au moins
dans une perspective de recherches, l'hypothèse que nous avons
formulée sur la base de notre matériel clinique et concernant
l'existence de formes cliniques des troubles mentaux en fonction
de la localisation de la tumeur.

La spécificité du syndrome frontal se heurte toujours à l'exis-
tence conjointe de perturbations cérébrales générales, dont la
plus grande partie est due à l'hypertension intracrânienne. Mais
la coexistence de deux causes, l'une locale et l'autre générale, ne
permet pas de conclure à la coexistence de deux syndromes, dont
l'un serait à valeur exclusivement focale alors que l'autre serait
à valeur exclusivement générale.

Ces considérations sont particulièrement importantes lors-
qu'on envisage les problèmes posés par les syndromes frontaux
et la fonction du lobe frontal. La lésion frontale perturbe certai-
nes des structures fonctionnelles les plus complexes qui sont le
support du comportement, de la vie psychique ; ces structures

peuvent être désorganisées, soit de façon identique, soit selon des modalités différentes, par d'autres lésions focales ou par une atteinte diffuse des centres nerveux ; ceci ne signifie nullement que le lobe frontal cesse d'avoir un rôle dans leur fonctionnement harmonieux et que la lésion frontale perd ainsi tout caractère spécifique ; le recours, nécessaire, mais trop facile, à l'explication par l'hypertension intracrânienne dans les tumeurs risque de contribuer à fausser les problèmes psycho- et physiopathologiques.

Lorsque la lésion focale perturbe une structure relativement simple et relativement localisée au point de vue anatomique et assez solidement organisée dans la dynamique nerveuse pour n'être troublée ni par le retentissement d'une autre lésion focale, ni par atteinte encéphalique diffuse, mais modérée, on ne discute pas la spécificité fonctionnelle du centre lésé. Lorsque la lésion focale perturbe au contraire une structure beaucoup plus complexe, est-on autorisé, sous le prétexte que cette structure est anatomiquement plus étendue et fonctionnellement plus fragile, et peut ainsi être troublée par un retentissement lésionnel à distance ou par une atteinte diffuse, à nier toute spécificité fonctionnelle aux régions lésées ? La nature même des structures fonctionnelles psychiques les plus complexes fait qu'elles dépassent nécessairement les limites d'un lobe et que leur apparition phylogénétique et ontogénétique récente les rend extrêmement fragiles. Il n'est donc pas possible de discuter les problèmes anatomo-cliniques à leur propos suivant les méthodes traditionnelles et dans les termes où ces problèmes sont discutés pour la fonction motrice ou sensitive.

Certes, dans les syndromes tumoraux, on court constamment le risque de rencontrer des modifications autres que les conséquences directes de la lésion, mais les conséquences indirectes elles-mêmes ne peuvent-elles pas, dans certains cas, par l'accentuation qu'elles ajoutent à la désorganisation et l'entrave qu'elles apportent à la réalisation d'un nouvel équilibre, hypertrophier, sensibiliser en quelque sorte, en leur apportant quelques nuances cliniques particulières, les conséquences de la lésion focale qui n'en perdrait pas pour autant sa valeur spécifique ? Il nous est à plusieurs reprises apparu, dans nos observations, que nous étions ainsi en présence d'un syndrome frontal accentué, tout en étant modifié par quelques caractères nouveaux. Arrivé à un certain degré de développement, le syndrome mental tumoral prend un aspect nouveau ; mais nous pensons qu'il ne faut peut-être pas toujours conclure à la simple adjonction d'un syndrome

général d'hypertension qui vient « noyer » le syndrome focal. Ne s'agirait-il pas, au moins dans certains cas, d'une transformation qualitative du syndrome sous l'action conjointe de la désorganisation locale, de sa généralisation fonctionnelle et du retentissement biologique général de la lésion ? Doit-on automatiquement conclure, lorsqu'on observe un tableau assez bâtarde d'évolution avancée, tel un état confuso-déméntiel, que la lésion frontale cesse, en tant que telle, de jouer un rôle dans la psychopathologie de cet état ? Ce n'est qu'une étude sémiologique toujours plus précise et surtout une étude approfondie de l'évolution des troubles qui nous permettra de répondre à cette question, mais, dès à présent, nous pensons qu'elle mérite d'être posée.

Pour préciser l'analyse des différents processus de désorganisation psychique dans les tumeurs frontales, analyse que leur conjonction ne saurait interdire, la première nécessité est de situer le syndrome tumoral dans le cadre général du syndrome frontal expérimental et anatomo-clinique ; c'est la raison pour laquelle nous avons poussé aussi profondément que possible cette intégration.

La deuxième nécessité est d'approfondir, sur le plan sémiologique et évolutif, l'étude clinique de nos malades. Avec bien des insuffisances, elle nous a permis d'arriver à une différenciation qualitative des troubles mentaux présentés par les malades porteurs d'une tumeur frontale et par ceux atteints d'autres tumeurs encéphaliques ; si quelques symptômes y sont communs, le syndrome frontal conserve cependant sa valeur sémiologique.

Soulignons enfin que, pour aboutir à une étude clinique fructueuse, la lecture de nos observations comme de celles de la littérature nous a montré qu'en premier lieu il fallait essayer de surmonter deux tentations fortement ancrées en chacun de nous.

La première consiste dans la référence trop globale à des cadres nosographiques rigides de la psychiatrie, qui ont été construits d'après l'étude des psychoses et des névroses. Ces cadres, déterminés à partir des psychoses, ne s'adaptent pas aux troubles observés dans les tumeurs ou de façon tellement approximative que les observations y perdent beaucoup de leur vérité. La référence à ces cadres généraux nous conduit à une solution de facilité en nous laissant satisfaits de cette étude globale, et elle nous fait négliger l'analyse sémiologique rigoureuse qui est indispensable à la différenciation de syndromes psychiatriques précis. L'appréciation de confusion mentale, par exemple, ne nous ap-

porte rien là où une séméiologie fine et détaillée pourrait nous apprendre beaucoup.

La seconde consiste à projeter une conception théorique *à priori* dans l'observation du comportement de nos malades. Trop souvent, on valorise ainsi certains aspects aux dépens d'autres, négligeant ainsi l'appréhension de la personnalité totale du sujet.

En fait, ce sont des ensembles de comportement plutôt qu'un symptôme isolé qui nous orientent vers un diagnostic de syndrome psychique frontal.

BIBLIOGRAPHIE

1. AIGUIER (Ch.). — Les méningiomes de la gouttière olfactive. *Thèse*, Lyon, 1933-1934, n° 49, Berthod, Bourg, 1933, 1 vol., 84 p.
2. AJURIAGUERRA (J. DE) et HÉCAEN (H.). — *Le cortex cérébral*, Masson et C^{ie}, Paris, 1949, 1 vol., 413 p.
3. ALMAQVIST (R.). — Syndrome s'accompagnant d'acinésie frontale. *Acta Psych. et Neurol.*, 1937, 12, 515.
4. AJURIAGUERRA (J. DE), HÉCAEN (H.) et SADOUN (R.). — Les troubles mentaux au cours des tumeurs de la région méso-diencephalique. *L'encéphale*, 1954, XLIII, 406-478.
5. ANOKHINE (P.). — Données nouvelles sur le fonctionnement des lobes frontaux de l'écorce cérébrale. *Le médecin français*.
6. ARNOT (R.). — A theory of frontal Lobe function. *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1952, 67, 487-495.
7. BAILEY (P.). — *Intracranial Tumors*, Ch.-C. Thomas, Springfield, 2^e édit.
8. BARUK (H.). — *Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales*, G. Doin et C^{ie}, Paris, 1926, 1 vol., 396 p.
9. BIANCHI (L.). — *Mécanique du cerveau et fonctions des lobes frontaux*, L. Arnette, Paris, 1921.
10. BOESTROEM (A.) et SPATZ (H.). — *Nervenarzt*, 1929, 506, cité par Ethelberg.
11. BRICKNER (Richard-M.). — An interpretation of frontal lobe function based upon the study of a case of partial bilateral frontal lobectomy. *Res. Publ. Ass. Nerv. Dis.*, 1934, 13, 259-351.
12. BUSCH (E.). — Psychological symptoms in neurosurgical disease. *Acta Psych. et Neurol. Scandinavia*, 1940, 15, 257-290.
13. CHOROSCHKO (W. K.). — Doctrine des lobes frontaux. *Annales médico-psychologiques*, 1935, 93, 2, 383-401.
14. CUSHING (H.) et EISENHARDT (L.). — *Méningiomas*, Ch. C. Thomas, Springfield, Baltimore, 1938, 1 vol., 785 p.
15. DAVID (M.) et ASKENASY (H.). — Les méningiomes olfactifs. *Revue neurologique*, 1937, 68, 489-531.
16. DAVID (M.) et ASKENASY (H.). — Tumeur sous-frontale bilatérale à symptomatologie affective. *Encéphale*, 1939, XXXIV-1, 34-41.
17. DAVISON (C.) et DEMUTH (E. L.). — Disturbances of sleep mechanism : a clinico-pathologic study. I. Lesions at the cortical level. *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1945, 53, 399-406.
18. DENNY-BROWN (D.). — The frontal lobes and their function. *Modern trends in Neurology*, Butterworth éd., London, 1951, pp. 13-89.

19. ECTORS (L.). — *Les méningiomes de la 3^e frontale*, Masson et C^{ie}, Paris, 1945, 1 vol., 164 p.
20. ETHELBERG (S.). — On changes in circulation through the anterior cerebral artery. Supplementum n° 75. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, 1951, 1 vol., 211 p.
21. FRAZIER (Ch. H.). — Tumor involving the frontal Lobe alone. *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1936, 35, 525-571.
22. FULTON (J.-F.). — *Physiologie des lobes frontaux et du cervelet*, Masson et C^{ie}, Paris, 1953, 1 vol., 158 p.
23. GAUBENS (J.). — Les méningiomes para-sagittaux. *Thèse*, Lyon, 1936-1937, n° 6, Bosc Frères et Riou, Lyon, 1936, 1 vol., 116 p.
24. GOLDSTEIN (K.). — The significance of the frontal Lobes for mental Performances. *J. Neurol. and Psychopath.*, 1936, 17, 27.
25. GOLDSTEIN (K.). — The mental changes due to frontal Lobe damage. *J. Psychol.*, 1944, 17, 187-208.
26. HALSTEAD (W. C.). — Brain injuries and the higher levels of Consciousness. *Res. Publ. Ass. Nerv. Ment. Dis.*, 1945, 24, 480-506.
27. HALSTEAD (W. C.). — *Brain and intelligence*, The University of Chicago Press, 1917, 1 vol., 206 p.
28. HEBB (D. O.). — Man's frontal lobes : a critical Review. *Arch. of Neurol. and Psychiat.*, 1945, 54, 10-24.
29. HOLMES (G.). — Discussion de la communication de R. Schwab. *Brain*, 1927, 50, 580.
30. JARVIE (H. F.). — Frontal lobe disinhibition. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 1954, 17, 14-32.
31. KAHN (R. L.) et SCHLESINGER (B.). — Preoperative and postoperative Personality changes accompanying frontal Lobe meningioma. *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 1951, 114, 492-510.
32. KLEIST (K.). — *Gehirnpathologie*, J. Barth, Leipzig, 1934.
33. KOLODNY (A.). — Symptomatology of Tumor of the frontal Lobe. *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1929, 21, 1107-1127.
34. LE BEAU (J.). — *Psycho-chirurgie et fonctions mentales*, Masson et C^{ie}, Paris, 1954, 1 vol., 429 p.
35. LHERMITTE (J.). — Le lobe frontal. Données expérimentales anatomo-cliniques et psycho-pathologiques. *Encéphale*, 1929, 24, 87-118.
36. LIDZ (Th.). — Analysis of a prefrontal Lobe syndrome and its theoretic implications. *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1949, 62, 1-26.
37. MESSIMY (R.). — Les effets chez l'homme des lésions préfrontales. *Annales de médecine*, 1939, 45, 321-360.
38. MESSIMY (R.). — Faits expérimentaux et cliniques concernant les fonctions des lobes préfrontaux. *Annales de médecine*, 1948, 49, 69-85.
- 38^{bis}. MEYER (A.) et BECK (E.). — *Prefrontal leucotomy and related operations. Anatomical aspects of success and failure*, Oliver and Boyd Edinburgh, London, 1954, 1 vol., 60 p.
39. MORSIER (G. DE). — Le syndrome préfrontal. L'amnésie de fixation. *Encéphale*, 1929, 24, 19-49.
40. MORSIER (G. DE) et REY (A.). — Le syndrome psychologique dans les tumeurs des lobes frontaux et dans les tumeurs du diencéphale. *Monatssch. f. Psychiat. und Neurol.*, 1945, 110, 293-308.
41. OLIVECRONA (H.). — The parasagittal Meningiomas. *J. of Neurosurgery*, 1947, 4, 327-341.

42. OLIVECRONA (H.) et URBAN (H.). — *Bruns Beel. A. Klm-Chir.*, 1935, 161-224, cité par Ethelberg.
 43. PAILLAS (J.-E.), BOUDOURESQUES (J.), BONNAL (J.) et PROVANSAL (J.). — Tumeurs frontales. Considérations anatomo-cliniques à propos de 72 tumeurs opérées. *Revue neurologique*, 1950, 83, 470-473.
 44. PETIT-DUTAILLIS (D.) et PERTUISET (B.). — Les méningiomes de la faux du cerveau. *Neuro-chirurgie*, 1955, 1, 29-44, et 137-152.
 45. PFEIFER (B.). — Les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales. *Arch. f. Psychiat.*, 1910, 47, 558.
 46. PROVANSAL (J.-Ch.). — Les tumeurs frontales. Etude anatomo-clinique de 82 observations. *Thèse*, Marseille, 1951, Offset-Ricord, Marseille, 1 vol., 127 p.
 47. RUSSEL (W. R.). — Functions of the frontal Lobes. *Lancet*, 6 March 1948, 356.
 48. RYLANDER (G.). — Personality changes after Operations on the frontal Lobes. A clinical study of 32 cases. *Acta Psychiat. et Neurol.*, London, Oxford University Press, 327 p., 1939, suppl. 20.
 49. RYLANDER (G.). — *Mental changes after excision of cerebral Tissue*, Einar Munsgaard, Copenhagen, 80 p., 1943.
 50. RYLANDER (G.). — Personality analyses before and after frontal Lobotomy. *Res. Publ. Ass. Nerv. Ment. Dis.*, 1948, 27, 691-705.
 51. SCHLESINGER (B.). — Mental changes in intracranial Tumors and related Problems. *Conf. Neurologica*, 1950, 10, 225-253 et 322-355.
 52. SCHROEDER (A. H.). — El lobulo frontal. *Anales del Instituto de Neurologia*, Montevideo, 1939, II, 5-201.
 53. SCHUSTER. — *Psychische Störungen bei Hirntumoren*, Enke, Stuttgart, 1902.
 54. VINCENT (Cl.). — Diagnostic des tumeurs comprimant le lobe frontal. *Revue neurologique*, 1928, 1, 801-884.
 55. VORIS (H. C.), ADSON et MOERSCH. — Tumors of the frontal Lobe. Clinical observations in a series verified microscopically. *J. Amer. Med. Ass.*, 1935, 104, 93-99.
 56. WALTHER-BUEL (H.). — *Die Psychiatrie der Hirngeschwülste und die cerebralen grundlagen psychischer Vorgänge*, Wien-Springer-Verlag, 1951, 1 vol., 226 p.
 57. WERTHEIMER (P.), DECHAUME (J.) et MANSUY (L.). — Les méningiomes parasagittaux. *Gazette médicale de France*, 1937, 44, 69-78.
-

ÉTUDE ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIQUE D'UN GROUPE IMPORTANT DE DÉLINQUANTS PRIMAIRES OU RÉCIDIVISTES AU COURS DE LEUR DÉTENTION (1)

PAR

G. et J. VERDEAUX (de Paris)

Nous nous proposons, dans ce travail, de rapporter les résultats découlant de l'examen des 1.500 premiers tracés du Laboratoire d'électroencéphalographie installé dans la prison de Fresnes, au Centre national d'Orientation.

Ce centre, créé en août 1950, est destiné à l'examen des délinquants du sexe masculin condamnés à de longues peines. Ils y sont envoyés, pour une durée de un mois environ, pour une observation médicale, psychologique et sociale ayant un but de sélection et d'orientation vers un régime pénitentiaire ou des moyens de traitement propres à leur assurer une bonne réinsertion sociale.

Les données électroencéphalographiques complètent les examens psychiatriques et psychologiques qui sont pratiqués chez chacun des sujets.

Ce laboratoire d'électroencéphalographie, installé au centre depuis 1951, est également utilisé pour les enregistrements concernant l'infirmerie psychiatrique des prisons de Fresnes (2).

(1) Travail des Laboratoires d'électroencéphalographie de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris (professeur J. Delay), et des prisons de Fresnes.

(2) Nous remercions M. Coly, directeur, Mlle Badonnel et MM. M. Hivert, P. Marchais et Brunel, médecins du Centre, ainsi que le Dr M. Bachet, médecin de l'infirmerie psychiatrique, pour l'aide qu'ils nous ont apportée dans notre tâche.

Matériel

Ces 1.500 tracés ont été enregistrés sur un électroencéphalographe Alvar à 6 dérivations selon 7 montages bipolaires au repos et au cours d'une hyperpnée de 3 à 4 minutes suivie, dans la plupart des cas, d'une stimulation lumineuse intermittente.

L'orientation particulière de ce travail, basé surtout sur le calcul des fréquences du rythme alpha, nous a conduits à éliminer un certain nombre de ces tracés :

1° les tracés très altérés concernant des sujets qui étaient hospitalisés à l'infirmerie et qui étaient, avant tout, des malades ;

2° les tracés irréguliers ou plats dont la fréquence n'était pas possible à déterminer par l'analyse visuelle ;

3° les tracés pris à plusieurs reprises chez un même individu et dont nous n'avons conservé dans notre groupe que le premier.

Ces éliminations nous ont amenés à un total de 1.345 tracés de délinquants âgés de plus de 21 ans et du sexe masculin.

Méthode d'analyse

Nous avons centré notre analyse sur le calcul des fréquences des tracés de repos et nous avons dû nous borner aux données de l'analyse visuelle pratiquée, pour plus de commodité, sur les régions pariéto-occipitales en plusieurs points du tracés. Les fréquences obtenues ont été la moyenne de 3 ou 4 mesures.

Comme les résultats d'un travail antérieur nous l'avaient laissé prévoir, nous avons tout de suite été frappés par l'abondance du rythme thêta.

Ce rythme, d'une fréquence inférieure à celle de l'alpha (sa bande s'étend de 4 à 8 cycles par seconde) a été fréquemment signalé chez les délinquants et, plus généralement, chez les sujets présentant des troubles caractériels et de l'agressivité (« Agressive behaviour », de Denis Hill).

Nous ne rapportons ici les chiffres obtenus que pour confirmer, une fois de plus, cette donnée devenue classique.

Nous nous attacherons, dans une seconde partie, à étudier surtout la proportion des différentes fréquences de la bande alpha elle-même, et, dans une troisième, à comparer ces résultats avec ceux que nous avons obtenus chez des sujets non délinquants.

I) PROPORTION DU RYTHME THÊTA

Sur 1.345 tracés, nous avons constaté la présence du rythme thêta « pur », c'est-à-dire sans rythme alpha visible, et constituant à lui seul le rythme de base dans 72 cas (5 % environ).

Le rythme thêta pur ou non était présent dans 697 tracés,



TABLEAU I. — Répartition de la fréquence thêta par rapport à celle du rythme alpha dans les tracés comportant ces deux rythmes associés

soit près de 50 %. On trouvait, en effet, en plus de 72 « thêta pur », 625 tracés comprenant ce rythme associé à l'alpha dès le repos. Ce rythme thêta s'associe le plus souvent aux fréquences basses de l'alpha, comme le montre le tableau I qui schématise sa répartition.

II) PROPORTION DES DIFFÉRENTES FRÉQUENCES DE LA BANDE ALPHA

Pour déterminer cette proportion, nous avons, selon les données classiques, limité la bande alpha de 8 cycles par seconde à 13 et, selon les résultats de notre analyse visuelle, nous avons réparti les fréquences en 10 groupes comprenant les fréquences simples 8, 9, 10, 11, 12 et les fréquences intermédiaires 8 à 9, 9 à 10, 10 à 11, 11 à 12, 12 à 13. La fréquence 13 elle-même a été jointe au groupe 12 à 13 en raison de sa rareté.

Ce classement peut apparaître comme d'une précision très réduite du point de vue des chiffres eux-mêmes, car des fréquences mathématiquement différentes pourront figurer sous la même rubrique tant pour les chiffres entiers que pour les intermédiaires. Etant donné l'imprécision mathématique de l'analyse visuelle, il nous a semblé qu'une précision plus grande dans les chiffres eux-mêmes serait sans signification réelle.

Il résulte des réserves précédentes que, dans un essai de schématisation de cette répartition, nous n'aurons que des résultats grossiers, mais l'énorme différence séparant certains groupes nous incite à en faire état comme base de départ de recherches futures basées sur des techniques analytiques plus perfectionnées.

Le tableau II montre ces proportions.

Il ne comporte que 1.273 tracés, les 72 ayant le type « thêta pur » en ayant été éliminés.

Son examen montre, immédiatement, la proportion considérable de la fréquence 8 qui groupe 501 tracés sur 1.273, soit près de 40 %, tandis que les groupes 8-9 et 9 sont nettement dominants puisqu'ils comportent respectivement 251 et 257 tracés.

Dans ce groupe de délinquants, on trouve donc, non seulement une proportion considérable de la plus basse fréquence de l'alpha, mais encore un total de 752 tracés ayant des fréquences basses (8 ou 8 à 9), soit 59 % environ. On constate, par contre, la très faible proportion de la fréquence 10 (98 tracés, soit 7,6 % environ), alors que cette fréquence est généralement considérée comme la fréquence-type du rythme alpha. Nous reviendrons plus loin sur ce dernier point.

Etant donné la constatation initiale que le rythme thêta était en général lié aux fréquences basses de l'alpha, nous avons dressé une comparaison des tracés comprenant les rythmes thêta et alpha et des tracés ne comportant que de l'alpha (tracés

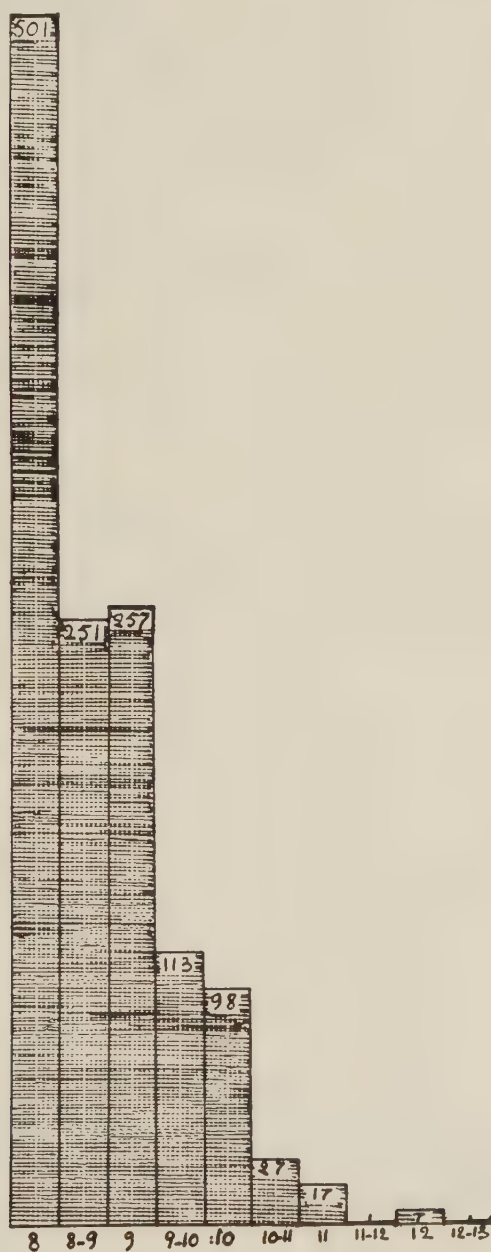


TABLEAU II. — Répartition des fréquences du rythme alpha chez 1.273 délinquants adultes du sexe masculin

normaux), en ce qui concerne la proportion des diverses fréquences.

Le tableau III nous montre cette comparaison où la suprématie

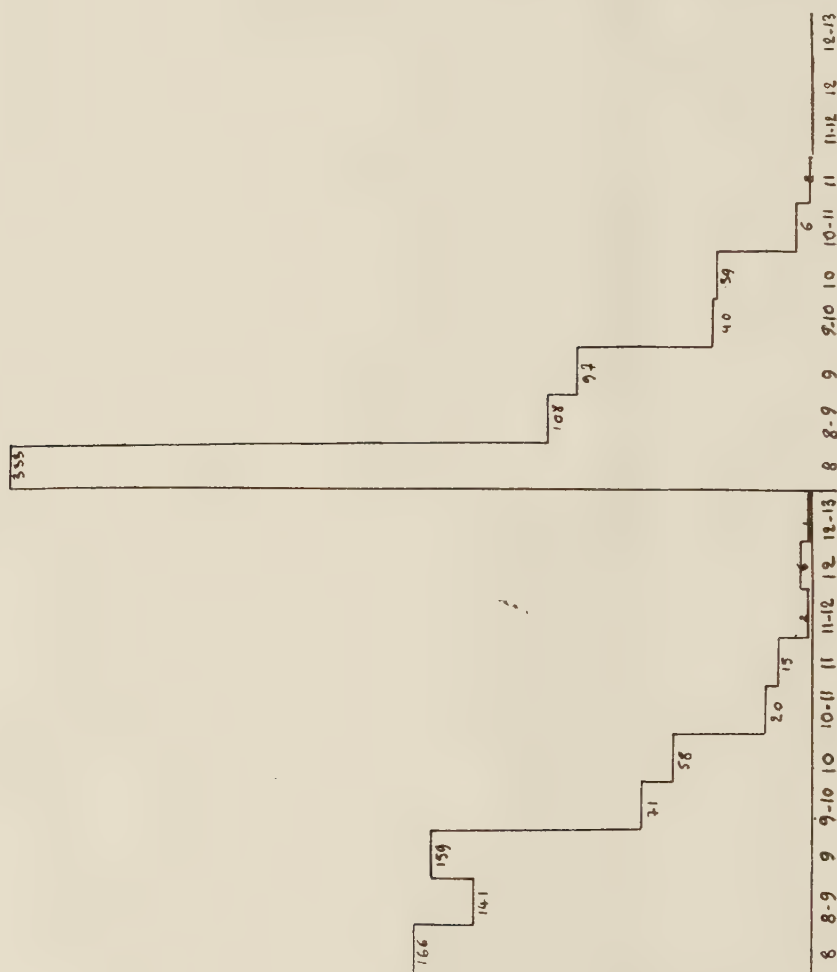


TABLEAU III. — Comparaison de la répartition des fréquences du rythme alpha dans un groupe de 639 tracés ne comportant que ce rythme (à gauche) et dans un groupe de 634 tracés comportant l'association « alpha + thêta » (à droite).

de la fréquence 8 apparaît plus nettement dans le groupe de droite comprenant les tracés « alpha + thêta », mais où le groupe de gauche (tracés normaux) montre toujours une forte

proportion de la fréquence 8 (166 sur 639) et une proportion de près de 50 % des fréquences basses : 8 et 8 à 9 c./s. (307 sur 639 = 48 % environ).

A noter en outre une légère prédominance de la fréquence 9 par rapport à 8-9 que nous ne constatons pas dans les tracés « alpha + thêta » alors qu'elle apparaissait sur la vue générale du tableau II (257 contre 251).

La fréquence 8 reste donc dominante quoiqu'en proportion moindre et la proportion des tracés de basse fréquence reste sensiblement la même, que l'on considère les tracés où l'alpha est mêlé au thêta (« alpha + thêta ») de ceux où l'alpha est pur (tracés normaux).

Ces faits nous permettent de conclure que les fréquences basses de la bande alpha sont prédominantes dans notre groupe de délinquants.

Du point de vue purement criminologique, et surtout, en raison de la mise à l'ordre du jour de la « récidive », il nous a semblé utile de comparer la répartition de nos fréquences selon que les tracés appartenaient ou non à des récidivistes.

Le tableau IV montre cette comparaison de 761 récidivistes avec 512 délinquants primaires.

On retrouve, là encore, la prédominance de la fréquence 8 et la forte proportion de basses fréquences dans les deux groupes, mais il est à remarquer que les deux profils ne sont pas superposables, toutes proportions gardées, si l'on considère la fréquence 9. Nous constatons une seconde fois sa prédominance sur la fréquence 8-9, prédominance que nous ne trouvons pas chez les récidivistes, et que nous avons rencontrée déjà dans le groupe des tracés normaux par opposition au groupe contenant « alpha + thêta ».

Sans vouloir donner à ce fait une trop grande importance et conscients des multiples causes d'erreur qu'il nous faudra éliminer, nous voudrions néanmoins signaler que, si nous séparons le groupe total en « primaires » et « récidivistes », séparation *a posteriori* se basant sur des critères indépendants des procédés utilisés pour l'analyse des fréquences, c'est-à-dire de la structure même de notre recherche, nous voyons se reproduire un fait que nous avons déjà constaté en séparant le même groupe en tracés normaux ou non, à savoir la prédominance de la fréquence 9 chez les délinquants primaires et les tracés normaux, alors qu'elle ne l'est pas chez les récidivistes et les tracés anormaux.

Nous ne pouvons pas, bien entendu, user d'extrapolations,

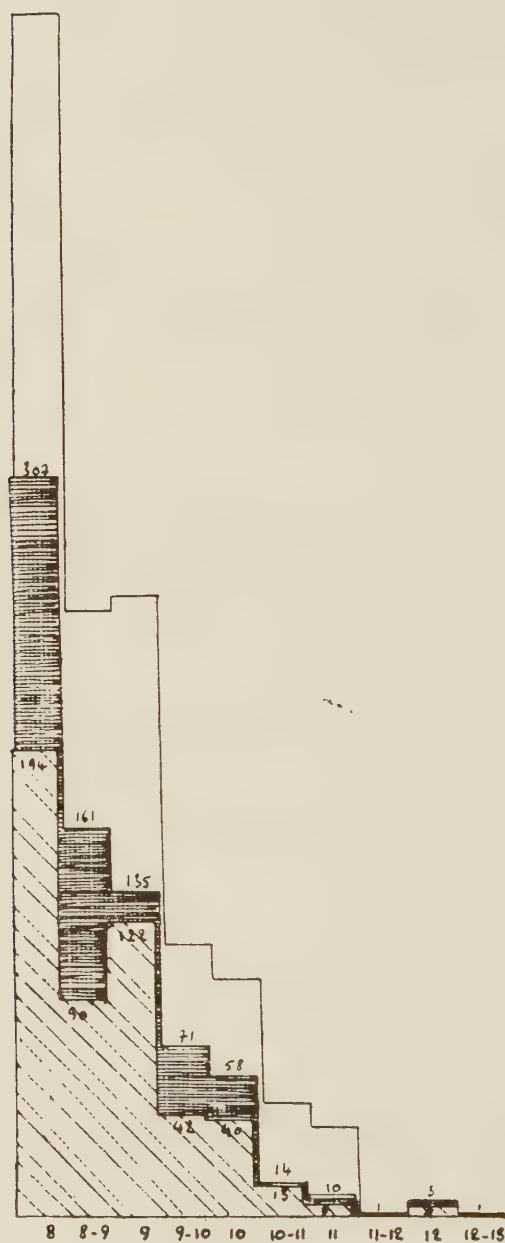


TABLEAU IV. — Comparaison de la répartition des fréquences dans le groupe des 1.273 délinquants (en blanc) et dans sa division en « récidivistes » (rayures horizontales) et « primaires » (rayures obliques).

mais seulement proposer cette remarque à des contrôles ultérieurs (1).

Ce groupe de délinquants peut être scindé de multiples façons et nous l'avons tenté avec une variété aussi grande que possible sans trouver de nouvelles données. Par exemple, la répartition des tracés selon les délits conformément à la classification que nous avons adoptée dans un précédent travail avec MM. J. Delay et Bachet nous a montré des profils très superposables et la proportion des tracés normaux pour chaque délit est toujours restée très comparable d'un délit à l'autre. Ce dernier point avait été envisagé selon l'hypothèse que certains délinquants devraient se rapprocher psychologiquement des sujets « normaux », nous n'avons rien trouvé de tel dans l'étude de leurs électroencéphalogrammes.

Nous avons, de même, toujours retrouvé des profils comparables selon que nous avons considéré différents facteurs pathologiques tels que les troubles caractériels et du comportement, les retards intellectuels, les alcooliques, les traumatisés, les sujets ayant des antécédents pathologiques, par exemple. Certains autres groupes comme celui des malades mentaux étaient trop peu nombreux (68 dans ce dernier cas).

De cette répartition des fréquences, il nous faut donc retenir *la grande proportion des basses fréquences de l'alpha chez les délinquants* et, accessoirement, la prédominance de la fréquence 9 sur la fréquence 8-9 chez les « primaires » d'une part et chez les sujets ayant des tracés normaux d'autre part ; la comparaison de ces deux résultats ressemblants ne pouvant être poussée plus loin.

III) COMPARAISON DES DONNÉES PRÉCÉDENTES AVEC CELLES D'UN GROUPE DE CONTRÔLE

Pour mettre en évidence cette proportion de basses fréquences, nous avons dû chercher un groupe de contrôle suffisamment important.

Les trop nombreuses causes d'erreur de l'analyse visuelle nous ont fait éliminer la comparaison avec d'autres groupes analysés par d'autres électro-encéphalographistes car nous avons préféré

(1) Nous nous gardons de toute anticipation concernant les fréquences relatives à la classe 9 par rapport à la classe 8-9.

Nous considérons comme indispensable le recours à des moyens plus perfectionnés pour l'analyse des fréquences.

que les causes d'erreur subjectives restent, au moins, constantes pour tous les cas.

De même un groupe de sujets « normaux » n'était pas, matériellement, facile à envisager en raison des difficultés de l'enquête, indispensable avant de parler de normalité, dans la mesure où l'on peut définir clairement cette dernière qualité, et, surtout, par le problème matériel qu'aurait posé la détermination et l'enregistrement d'un groupe aussi nombreux que celui des délinquants (le chiffre de 1.200 tracés représente, en effet, celui de l'activité annuelle d'un laboratoire d'électroencéphalographie) (1). C'est pourquoi nous avons préféré utiliser notre matériel de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris en choisissant parmi nos tracés un groupe de contrôle sinon de sujets normaux.

Pour cela, après avoir éliminé les anciens délinquants, nous avons formé un premier groupe de 1.113 tracés ne comportant, au repos, que le rythme alpha.

Dans ce groupe, nous avons sélectionné les sujets qui ne présentaient aucune affection évolutive et dont le tracé nous avait été demandé, par exemple, à titre de contrôle systématique, ou pour des céphalées isolées, ou des états névrotiques mineurs. Tous ces sujets auraient pu être pris dans un groupe de sujets « normaux ».

Nous avons ainsi obtenu un groupe de 554 tracés dont le profil, sur le tableau V, montre déjà la différence des répartitions de fréquence avec celle du groupe de délinquants : on y constate une nette prédominance à 10 c./s. et un étalement vers les fréquences supérieures à 10 c./s. Ce profil est retrouvé de façon superposable, toutes choses égales d'ailleurs dans le groupe total des 1.133 tracés ne comportant que de l'alpha (second profil du tableau).

Pour contrôler de plus près ces résultats qui avaient pu être faussés par le fait que nous comparions des tracés ne comportant que de l'alpha avec d'autres où la proportion du rythme thêta était importante, nous avons, avant toute comparaison, isolé un autre groupe de tracés dans notre matériel.

Ce groupe comportait 1.548 tracés pris au hasard et considérés seulement d'après la fréquence du rythme alpha. Ont été élimi-

(1) Précédemment, nous avons pu comparer deux groupes très distincts en utilisant un groupe de 100 membres du personnel navigant de l'Aviation civile, présentant toutes les garanties désirables de sélection, mais nous ne pouvions espérer une extension de ce groupe jusqu'au nombre que notre comparaison exigeait.

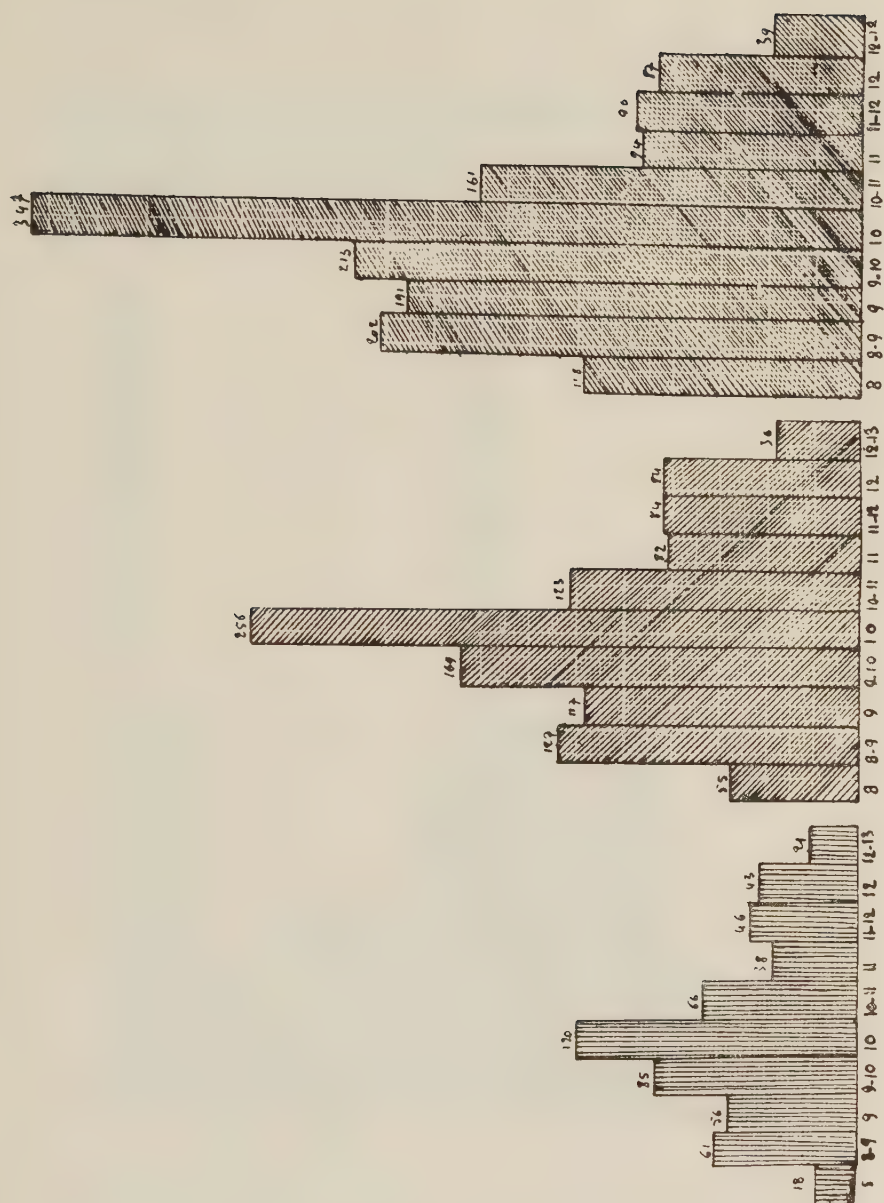


TABLEAU V. — Répartition des fréquences de l'alpha dans les trois groupes de contrôle :

A gauche, 554 tracés normaux chez des sujets n'ayant pas d'affection pathologique évolutive.

Au centre, 1,133 tracés normaux chez des sujets enregistrés à l'hôpital Sainte-Anne.

A droite, 1,548 tracés pris au hasard au laboratoire d'électro-encéphalographie de l'hôpital Sainte-Anne et considérés sous l'aspect de la fréquence du rythme alpha.

nés de ce groupe, par définition, les tracés n'ayant pas d'alpha et les tracés de sujets ayant été délinquants.

Le profil de la répartition de ce groupe est, là encore, très caractéristique et confirme ce que les deux autres, pourtant très différents, avaient montré.

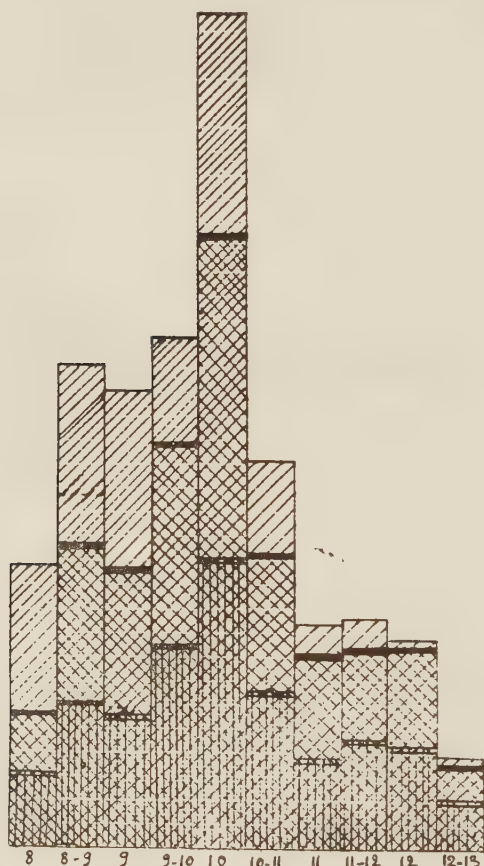


TABLEAU VI. — Superposition des trois profils du tableau V

La superposition de ces trois profils dans le tableau VI montre clairement leur identité. La fréquence dominante de 10 c./s. qui confirme les données classiques (22 % environ), la faible proportion de la fréquence 8 (7,6 % environ au lieu de 40 % environ chez les délinquants) et l'étalement vers les fréquences rapides qui étaient presque inexistantes chez les délinquants en sont les caractéristiques.

En ce qui concerne cet étalement, nous pouvons constater que chez les 1.273 délinquants nous n'avions que 53 tracés ayant plus de 10 c./s. soit 4,2 % environ, alors que dans notre groupe de contrôle des tracés pris au hasard, nous en trouvons 477 sur 1.548, soit 30 % environ.



TABEAU VII. — Comparaison des tableaux II (répartition des fréquences du rythme alpha chez les délinquants) et VI (répartition des fréquences du rythme alpha dans les groupes de contrôle).

Le tableau VII nous permettra de comparer les profils de ces deux grands groupes envisagés selon les répartitions des fréquences du rythme alpha.

CONCLUSION

Cette étude, si incomplète soit-elle, confirme certains faits connus, met en évidence des particularités propres à une population de délinquants, et pose des problèmes en ce qui concerne la récidive.

Elle confirme le fait de l'énorme proportion du rythme thêta chez les délinquants, proportion que l'on retrouve chez des sujets ayant des troubles caractériels ou chez les alcooliques par exemple, en dehors de toute délinquance, mais les investigations sociales montrent que c'est, la plupart du temps, de ces groupes que viennent les délinquants. Notons en passant que ces caractéristiques ont été retrouvées dans d'autres populations dont l'agressivité avait été canalisée vers des buts socialement utilitaires et non réprimés mais, du point de vue psychologique, voisins de la délinquance au sens le plus large du terme.

Il semble que l'on se trouve ici en présence d'un critère biologique, le rythme thêta traduisant un mauvais fonctionnement initial ou une immaturation lorsqu'il survient au cours des tracés « standard », c'est-à-dire au repos.

Nous savons que ce rythme peut survenir dans d'autres conditions lorsque le tracé est pris chez un sujet en action : il peut traduire alors l'irritation, la colère ou la frustration, par exemple, mais ce rythme-là, transitoire et n'apparaissant pas au repos, n'a de commun avec le précédent que sa fréquence ; nous pensons qu'il s'agit là d'images électriques que nos appareils enregistrent sous des aspects identiques à nos yeux, mais qui sont le reflet d'événements cérébraux très différents.

Elle met en évidence une différence frappante de fréquence si l'on compare une population délinquante à d'autres populations.

Notons, tout d'abord, que nous n'avons affaire, ici, qu'aux délinquants incarcérés, et que si la délinquance leur est commune, l'incarcération est pour eux un sort commun encore plus évident.

La délinquance, en effet, peut revêtir des formes multiples, et nous retrouvons dans cette population des sujets dont les activités sont aussi différentes que dans une population quelconque. Que trouverons-nous de commun entre un voleur et un meurtrier et comment comparer les opérations mentales que

nécessite une escroquerie avec celles dont est né un crime passionnel ?

Nous avons vu précédemment que les données électroencéphalographiques avaient toujours, quant à leur fréquence, le même profil si l'on divisait notre population en plusieurs groupes selon les délits.

Au contraire, ce qui réunit les sujets de ce groupe, c'est qu'ils ont été arrêtés et incarcérés, et nous pouvons nous demander si les conditions psychologiques nées de l'incarcération n'ont pas eu ce résultat surprenant de faire baisser la fréquence d'un rythme biologique en général très stable de l'âge adulte à la vieillesse.

Si cela était, la grande proportion des basses fréquences ne serait pas un caractère constant dont on pourrait se servir pour prévoir et éviter l'évolution vers la délinquance, mais une conséquence d'un changement total de monde.

Cela pourrait avoir comme conséquence une étude des conditions de la détention, car il est généralement reconnu en électroencéphalographie qu'une baisse de fréquence des rythmes cérébraux traduit toujours un processus défavorable. De nombreuses contre-épreuves seront, évidemment, à instituer pour vérifier les causes possibles du phénomène et, particulièrement, les enregistrements successifs à partir de l'entrée en détention ainsi que la recherche des tracés antérieurs à la détention. Nous avons entrepris ce contrôle, mais les cas suivis sont en nombre beaucoup trop faible encore pour que nous puissions envisager une comparaison. Quelques cas particuliers nous ont, cependant, montré une baisse de fréquence consécutive à la détention.

Notons, pour éviter toute confusion, que, si le rythme θ existe en permanence chez des sujets ayant plus de chances que d'autres de devenir délinquants, ce rythme est en général associé avec des fréquences basses du rythme α et qu'une partie de la population en question aura donc, d'avance, les fréquences basses en question. Le tableau III nous a montré, cependant, que, même cette partie étant éliminée, le profil de la répartition des fréquences restait en faveur des basses fréquences.

Cette étude, enfin, pose des problèmes concernant la récidive, car le groupe des tracés des délinquants primaires semble avoir un aspect plus « normal » que celui des récidivistes. Nous avons plus haut fait toutes les réserves utiles à ce propos. Si l'hypothèse précédente concernant les effets de la détention se confirmait, il

ne serait pas étonnant que l'action de cette dernière agisse par une sorte de sommation chez les récidivistes.

Nous avons présenté ces résultats en raison de quelques aspects frappants malgré l'imprécision des moyens de mesure employés. Nous espérons, dans l'avenir pouvoir perfectionner ces moyens afin de donner à la technique électroencéphalographique l'objectivité qui doit lui conférer une place à part parmi les examens qui ressortissent à la psychologie normale ou pathologique.

BIBLIOGRAPHIE

1. DELAY (J.), BACHET (M.), VERDEAUX (G.) et (J.). — L'électro-encéphalogramme chez les délinquants adultes. *Annales médico-psychologiques*, 1952, 1, 67-71.
2. DELAY (J.), VERDEAUX (G.) et (J.). — Enregistrement électro-encéphalographique et comparaison d'un groupe de sujets médicalement sélectionnés (Aviation civile), avec un groupe de délinquants. *Revue neurologique*, 1952, 87, n° 5, p. 467.
3. FAURE-BAULIEU, FISCHGOLD (H.), BOUNES (G.). — L'électro-encéphalographie en médecine légale d'après deux cas personnels. *Semaine des hôpitaux*, 1948, 24, 766.
4. GASTAUT (H.), OLLIVIER (H.). — Intérêt médico-légal de l'électro-encéphalographie. *Sud médical et chirurgical*, 1947, 2, 295.
5. GIBBS (F. A.), BLOOMBERG (W.), BAGCHI (B. K.). — An electroencephalographic Study on adult Criminals. *Trans. Amer. Neurol. Ass.*, 1942, 68, 87-90.
6. GIBBS (F. A.), BAGCHI (B. K.), BLOOMBERG (W.). — E.E.G. Study Criminals. *Amer. J. Psychiatr.*, 1945, 24, 359-388.
7. GIBBS (F. A.). — Medico-legal Aspects of Electroencephalography. *J. Clin. Psychopath.*, 1946, 8, 58-81.
8. HILL (D.), SARGANT (W. W.). — Case of Matricide. *Lancet*, 1943, 1, 526-527.
9. HILL (D.). — Cerebral dysrhythmia. Its significance in aggressive behaviour. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1944, 37, 327-330.
10. MATHESON (J. C. M.), HILL (D.). — Electroencephalography in Medico-legal Problems. *Medico-legal and Criminol. Rev.*, 1943, 342-368.
11. MICHAELS (J. J.), SECUNDA (L.). — The relationship of neurotic traits to the E.E.G. in children with behaviour disorders. *Amer. J. Psychiatr.*, 101, n° 3, 1944.
12. PLANQUES (J.) et GRÈZES-RUEFF (Ch.). — L'électro-encéphalogramme dans l'expertise médico-légale. *XXVII^e congrès international de médecine du travail, médecine légale et médecine sociale*, Strasbourg, 1954 (bibliographie).
13. SILVERMAN (D.). — Clinical and E.E.G. Studies on criminal Psychopaths. *Arch. Neurol. Psychiatr.*, 1943, 50, 18-33.
14. SILVERMAN (D.). — E.E.G. and Therapy of criminal Psychopaths. *J. Crim. Psychopath.*, 1944, 5, 439-465.
15. SILVERMAN (D.). — E.E.G. of Criminals. *Arch. Neurol. Psychiatr.*, 1944, 52, 38-42.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 24 octobre 1955

Présidence : M. Paul ABÉLY, président

A l'ouverture de la séance, le président salue la présence du Dr OSTERMANN, médecin-directeur de l'hôpital Sundsvall (Suède), qui assiste à la séance.

Décès du Professeur H. ROGER et du Dr H. BERSOT

M. Paul ABÉLY, *président*. — Depuis notre dernière réunion de juillet, la Société médico-psychologique a eu la douleur d'apprendre le décès de deux de ses anciens et éminents membres, du professeur Henri ROGER, de Marseille, et du Dr Henri BERSOT, de Neuchâtel.

Le professeur Henri ROGER (1881-1955)

Il était membre titulaire de notre Société depuis 1932. Il s'est éteint après une longue et douloureuse maladie, alors qu'il n'avait que 74 ans.

Jusqu'en 1920, sa carrière médicale s'était formée et poursuivie dans le Languedoc méditerranéen. Interne des hôpitaux de Montpellier au concours de 1904, plusieurs fois lauréat de cette vieille et célèbre Faculté, il fut chef de clinique médicale du professeur Rauzier et agrégé en 1913.

En 1920, lors de la création de l'Ecole de médecine de l'Université d'Aix-Marseille, il franchit le Rhône pour venir s'installer en Provence, car il avait été nommé professeur titulaire de la chaire des maladies nerveuses et mentales et il devait conserver la direction de cette clinique jusqu'à son passage à l'honorariat en 1952.

Au cours de ces 32 années d'enseignement à l'Ecole, puis à la Faculté de médecine de Marseille, le professeur Henri Roger fit de cette chaire une des plus brillantes et des plus modernes de France. Et les nombreux élèves qu'il forma furent dignes du maître.

Membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, il poursuivit une éclatante carrière, dont les mérites étaient unanimement appréciés.

Quoique de tendances plus spécialement neurologiques, il fut cependant

un neuro-psychiatre averti. Elève de Grasset, il avait consacré sa thèse inaugurale aux « Réflexes dans l'hystérie ». Ses travaux furent si nombreux qu'il nous est difficile ici de les énumérer tous. Citons les plus importants : le problème des sciatiques, celui des troubles du sommeil, celui des épilepsies, et plus récemment, un travail complet et capital sur les complications nerveuses et psychiques de la brucellose.

Travailleur acharné, syndicaliste ardent et désintéressé, il honora grandement cette belle profession médicale par son activité, par sa science et par son dévouement.

Nous nous inclinons devant la grande douleur de tous les siens, en particulier devant celle de son fils, le Dr J. Roger, lui aussi membre de notre Société. Nous le prions d'agréer l'expression de notre sympathie et de nos condoléances émues.

Le Dr Henri Bersot (1896-1955)

Je lui avais écrit récemment à propos d'une malade à laquelle nous nous intéressions tous les deux et j'attendais sa réponse lorsque j'appris brusquement le brutal accident de montagne qui venait de l'arracher cruellement à tous ses amis.

Henri BERSOT était un membre remarquablement fidèle de notre Société, à laquelle il était si fortement attaché depuis 1926. Nous ne reverrons plus hélas ! parmi nous, son visage si fin et si vivant, sa physionomie si ardente et si rayonnante d'affectivité. Quoique séparé de notre frontière par quelques kilomètres, il était vraiment et totalement des nôtres. Souvent il livra à notre Société la primeur de ses recherches.

Je me souviens de l'exposé magistral qu'il fit devant nous du traitement de la démence précoce par la cure de Sakel. Ce fut, je crois, la première présentation faite en France sur la technique de l'insulinothérapie en psychiatrie avec autant de précision.

Nous savons tous jusqu'où il poussait la conscience et l'honnêteté professionnelles. Il le démontra magnifiquement en subissant le premier l'épreuve de l'électro-choc, avant de l'appliquer à ses malades.

Il était, non seulement un excellent psychiatre, un excellent praticien de médecine générale, mais il était peut-être encore plus un passionné de psychiatrie sociale et, dans ce sens, son activité dépassait les frontières de la Suisse. Il fut le principal responsable de l'organisation de la Ligue d'hygiène mentale européenne, puis le collaborateur assidu à la Fédération mondiale de la santé. Pour mener à bien la réalisation de ses idéaux sociaux, le doux Henri Bersot se hasarda même dans l'arène politique et il siégeait depuis quelques années au grand Conseil neuchâtelois. Il y défendait, avec son enthousiasme habituel, les lois sociales qui lui tenaient à cœur. Nous connaissons tous si bien la plupart de ses travaux, si nombreux, si scrupuleux, si fouillés, qu'il est inutile de les citer ici.

Disons seulement de lui qu'il fut un grand médecin, un grand psychiatre, un grand honnête homme.

Aussi, c'est avec une vive émotion que nous nous inclinons devant ce noble visage disparu ; c'est avec fidélité que nous garderons son souvenir personnel et celui de l'exemple qu'il nous a donné.

Que sa famille trouve ici l'hommage de notre respectueuse et profonde sympathie.

COMMUNICATIONS

**Le traitement du delirium tremens par l'électro-choc,
par M. Paul NEVEU et Mme M. L'HERMIT**

Dans une précédente communication (1), nous avons exposé brièvement les résultats d'une thérapeutique rapidement efficace du delirium tremens par l'électroplexie (électro-choc ou électro-stimulation).

Nos premiers essais thérapeutiques dans le delirium tremens remontent à 1945. Ils se justifiaient par l'expérience acquise, avec notre maître Jean Delay, dans le traitement des états confusionnels par la méthode électrique. L'action noétique de l'électro-choc, corrélative de son effet sur le centre de la veille et du sommeil, et qui explique son efficacité dans le traitement de la confusion mentale, est une notion classique dont l'auteur est Jean Delay. Dès 1943, nous avions l'honneur d'être associé à l'exposé qu'il présentait à la Société médicale des hôpitaux (2). Quand nous eûmes à traiter, en 1945, de nouveaux cas de delirium tremens, il était donc justifié de tenter de leur appliquer la thérapeutique par l'électro-choc. La première application d'urgence faite à Cadillac, avec notre collègue et ami de Boucaud, donna une rémission immédiate. Depuis, nous n'avons cessé d'appliquer cette technique avec des résultats favorables.

Récemment, elle a fait l'objet des thèses de E. Derouet (3) et de R. Boyer (4), qui rapportent et étudient les résultats obtenus, l'un dans notre service de l'hôpital psychiatrique de Quimper, et l'autre dans notre ancien service de l'hôpital psychiatrique de Ravenel.

Technique du traitement. — Le traitement électrique peut être appliqué, comme nous l'avons fait longtemps, avec l'appareil classique de Rondepierre. Actuellement, nous utilisons l'électro-choc prolongé avec l'appareil de Quarti. Il est inutile de dépasser 150-160 milli-ampères dans la phase de montée du courant ; après la reprise respiratoire, il est préférable de maintenir une stimulation de 10 milli-ampères pendant deux ou trois minutes.

L'indication du traitement est posée par l'intensité des phénomènes confuso-oniriques et l'agitation du malade.

(1) Paul NEVEU, E. DÉROUET, M. L'HERMIT : Indications de l'électro-choc simple et cumulatif dans les psychoses aiguës des alcooliques. *Annales médico-psychologiques*, n° 4, novembre 1954, p. 557.

(2) Jean DELAY, Paul NEVEU et G. DESHAIES : Les modes d'action de l'électro-choc. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1943, n° 23, pp. 330-333.

(3) E. DÉROUET : Contribution à l'étude physiopathologique et thérapeutique du delirium tremens et du délire aigu des alcooliques. *Thèse de Paris*, 1955, dactyl. 153 pages.

(4) R. BOYER : L'électrochothérapie dans les psychoses aiguës des alcooliques. *Thèse de Paris*, 1955, dactyl. 110 pages.

L'hyperthermie n'est pas une contre-indication puisque fréquemment l'électro-choc provoque un abaissement sensible de la température. Il en est de même de l'azotémie, qui diminue conformément aux normes du syndrome de Delay et Soulairac.

La déshydratation, contrôlée par la clinique et la dellamétrie, est traitée par perfusion veineuse de solutés glucosés ou salés (2.000-3.000 ml.). L'application facilitée par l'électro-choc est très simple. Les résultats sont très supérieurs à ceux de l'administration en hypodermoclyse, même avec hyaluronidase.

La vitamine B1 à forte dose de 100 à 500 mgr., les vitamines B2, PP et P, ainsi que l'extrait hépatique intra-musculaire sont régulièrement associés au traitement. Nous le faisons précéder, dans les cas d'atteinte grave, d'une injection de cortine et d'acide ascorbique.

Par contre, nous proscrivons totalement l'alcool intraveineux ou *per os* ainsi que la strychnine, même à faible dose ; la thiamine, physiologiquement équivalente, nous paraît beaucoup moins dangereuse.

Nous interdisons formellement tout moyen de contention. Inutiles et dangereux, ils ne pourraient que créer une agitation réactionnelle. L'isolement en chambre n'est pas nécessaire.

Contre-indications. — Elles paraissent très rares. Même dans les cas très graves, avec atteinte pulmonaire, lésions traumatiques, ictères, de bons résultats ont été obtenus.

Signalons cependant que le délire aigu hyperazotémique des alcooliques (encéphalite psychosique hyperazotémique de Marchand) ne réagit pas toujours à l'électro-choc, en particulier à la phase tardive de décompensation. Il faut alors recourir à l'hibernation profonde classique, qui est le traitement efficace des états de choc décompensé en psychiatrie, comme il l'est en chirurgie.

Récemment, nous avons observé que le traitement électrique, lorsqu'il a été précédé de l'administration inconsidérée de fortes doses de ganglioplégiques, peut déclencher un choc décompensé impressionnant avec grand dérèglement neuro-végétatif (température à 42°1, pouls à 186, hypertonie, pâleur), mais curable par hibernation immédiate.

Résultats statistiques. — Malgré la gravité extrême de certains des cas que nous avons traités, la mortalité des alcooliques dans notre service de Quimper est nulle.

Depuis le 1^{er} janvier 1954, 163 alcooliques ont été hospitalisés, 41 ont été soumis à l'électroplexie. Dans 20 cas de délire subaigu, il a été appliqué 39 électro-chocs, soit une moyenne de 1,9 par malade.

21 delirium tremens ont reçu 87 électro-chocs, soit un nombre moyen de 4,1.

1 délire aigu a guéri avec 6 électro-chocs.

3 délires aigus ont été traités avec succès par hibernation.

AUTEURS	ANNÉE	TRAITEMENT	NOMBRE DE MALADES	DÉCÈS	% DÉCÈS
LANCEREAUX (8)	1865	Opium, eau-de-vie.	35	17	48 %
J. WARE (cité par LANCEREAUX) ..		Opium à forte dose.	8	4	50 %
J. WARE		Opium à faible dose.	7	2	28 %
LAYCOCK		Opium à faible dose.	403	101	25 %
LAYCOCK		Abstention thérapeutique.	28	1	3,5 %
CALMEIL		<i>idem</i>			5 %
ESQUIROL, GEORGET, <i>id.</i>		<i>idem</i>			5 %
JOHNES (de Jersey), <i>id.</i>		Teinture de digitale à dose massive.	70	0	0 %
PEDDIE		Vomitifs et laxatifs « bon régime ».	80	0	0 %
Asile de Philadelphie		<i>idem</i>	128	1	0,7 %
BALL et CHAMBARD (1)	1882	(forme suraiguë)			de 16 à 20 %
DELASIAUVE	1903	Opium, morphine, chloral à haute dose.			50 %
ROUBINOVITCH (12)		(en exceptant les formes avec atteinte pulmonaire)			15 %
MARCHAND (9)	1939				20 %
BUMKE (3)	1948				0,88 %
M. BLEULER (2)	1949				1-2 %
HENDERSON et GILLEPSIE (6) ..	1952				3-4 %
SADLER (14)	1953				3-4 %
OULÈS et S. OULÈS (10)	1950		11	2	18 %
P. COSSA (5)	1954	Strychnine, alcool intraveineux, sulfate de magnésie, électro-choc dans 2 cas.			50 %
P. COSSA	1954	Strychnine, alcool intraveineux.	72	9	20-25 %
Th. KAMMERER, M. MENGUS et R. ETTINGER (7)	1949	Strychnine, alcool, 4560 R.P.			12,5 %
	1951		86	7	8,5 %
	1952		96	15	15,6 %
	1953		123	20	16,3 %
	1953-54	(1 ^{er} -1 au 15-8). (15-8 au 15-6), 4560 R.P., strychnine.	106	13	22,8 %
	1954	Alcool intraveineux, vitamines, réhydratation.		8	7,5 %
CARRÈRE (4)	1954		84	5	5,9 %
R. PLANCHE (11) (service du Dr POMMÉ)	1951	Vitamines B1 et PP.			17 %
	1954	4560 R.P.			
A. RAVINA, M. PESTEL et R. ALBOUY (12)	1955	4560 R.P.	40	2	3 %
					5 %

Les résultats obtenus par R. Boyer à Ravenel sont comparables. Il a traité 350 alcooliques en quatre ans, sans un décès. 28 malades ont reçu des électro-chocs : 1 électro-choc dans 14 cas, 2 électro-chocs dans 9 cas, 3 et 4 électro-chocs dans 3 cas (dont 2 suivis de cure de chlorpromazine), 2 électro-chocs dans un cas où un délire oniroïde secondaire céda à une série de 10 électro-chocs.

Un délire aigu avec hyperazotémie (2 gr. 30) guérit rapidement après 3 électro-chocs appliqués le même jour.

Afin de permettre une juste appréciation de nos résultats et de répondre par avance à l'objection qui consiste à dire que le delirium tremens guérit seul ou aussi bien par les thérapeutiques classiques, nous rapportons quelques statistiques anciennes et actuelles. Leur exposé sera notre conclusion.

Compte tenu des variations locales et des facteurs de gravité divers, les statistiques montrent que peu de traitements permettent d'espérer des résultats comparables à ceux de l'électro-choc. Il semble, d'autre part, que certaines thérapeutiques anciennes ou actuelles soient plus dangereuses qu'utiles et qu'une révision statistique sérieuse des traitements du delirium tremens soit indispensable.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. BALL (B.), CHAMBARD (E.) : *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, tome 26, pp. 435-462, Paris, Masson et Asselin, 1882. — 2. BLEULER (M.) : *Lehrbuch der Psychiatrie*, pp. 221-229, Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1949. — 3. BUMKE (O.) : *Lehrbuch der Geisteskrankheiten*, pp. 304-309, Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1948. — 4. CARRÈRE (J.), CRAIGNOU (J.-C.), POCHARD (M.) : De quelques résultats du psychochoc cinématographique dans la psychothérapie des delirium et sub-delirium tremens alcooliques. *Annales médico-psychologiques*, 1955, tome 2, n° 1, p. 46. — 5. COSSA (P.) : Complément au colloque sur le traitement du delirium tremens. *La revue de l'alcoolisme*, 1954, n° 8, p. 192. — 6. HENDERSON et GILLESPIE : *A text book of psychiatry*, pp. 442-444. Geoffroy Cumberlege, Oxford University Press, London, 1952. — 7. KAMMERER (Th.), MENGUS et EBTINGER : Traitement du delirium tremens par la chlorpromazine. *Comptes rendus du Congrès des aliénistes et neurologistes*, Liège, 1954, p. 788. — 8. LANCEREAUX (E.) : *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, tome 2, pp. 655-702, Masson et Asselin, Paris, 1865. — 9. MARCHAND (L.) : *Maladies mentales*. A. Legrand, Paris, 1939. — 10. OULÈS et OULÈS (S.) : Remarques à propos de onze cas de delirium tremens. *Annales médico-psychologiques*, 1950, tome 2, n° 5, pp. 635-637. — 11. PLANCHE (R.) : Evolution de la thérapeutique des délires aigus alcooliques. *Thèse*, Paris, 1955. — 12. RAVINA (A.), PESTEL (M.), ALBOUY (R.) : Alcoolisme aigu et delirium tremens en milieu hospitalier parisien. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 1^{er} avril 1953. — 13. ROUBINOVITCH (J.) in GILBERT BALLEST : *Traité de pathologie mentale*, pp. 429-433, Doin, Paris, 1903. — 14. SADLER (W.) : *Practice of psychiatry*, pp. 474-476, The C. V. Mosby Co., Saint-Louis, 1953.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — M. Neveu a obtenu 100 % de guérisons, c'est remarquable. Parmi les observations qu'il vient de nous présenter, je relève un cas de délire aigu hyperazotémique alcoolique guéri en quelques jours par application d'électro-chocs. Cette observation est particulièrement intéressante, quand on envisage les lésions si graves des cellules cérébrales ; dans cette forme de délire aigu, on reste surpris d'un résultat favorable aussi rapide. Cette constatation mérite d'être retenue.

M. G. DAUMÉZON. — M. Neveu a raison d'insister sur l'intérêt de l'électro-choc dans le traitement du delirium tremens. Toutefois, je pense que le mode d'action essentiel du choc consiste à mettre en branle les mécanismes stabilisateurs cortico-surrénaux, comme le fait d'ordinaire la crise convulsive.

Il existe un certain nombre de cas où, par désorganisation centrale profonde, cette réponse est impossible. L'électro-choc est alors inutile et il faut recourir à la cortisone.

Mais les données statistiques nombreuses et variées de la communication méritent de retenir l'attention. Elles nous enseignent surtout que les auteurs ne s'entendent guère sur la définition du delirium, qui est ainsi tantôt très étendue (et bénigne), tantôt très limitée, et de pronostic plus sombre.

Dernier point, M. Neveu nous parle du délire aigu ordinaire (non alcoolique) et signale qu'il en a vu trois en une année. Or, c'est là une affection qui a pratiquement disparu depuis ces dernières années à l'Admission de Sainte-Anne. Je ne pense pas que la raison en soit la création de services hospitaliers, qui existaient déjà alors que les délires aigus étaient nombreux, et je penche plutôt vers une explication par le développement et l'efficacité des antibiotiques.

Hallucinations olfactives et corrélations électro-encéphalographiques, par M. J. ALLIEZ et Mme S. DONGIER (1).

L'éventail des symptômes maintenant attribués aux structures profondes du lobe temporal est suffisamment riche et étendu pour évoquer le diagnostic de syndrome rhinencéphalique, même en l'absence de confirmation électro-encéphalographique. Dans le cas que l'on va lire, cette dernière ne nous a été apportée avec certitude qu'après plusieurs années, alors qu'une impuissance et des troubles de la sphère digestive venaient remplacer les hallucinations olfactives initiales.

OBSERVATION. — C... Marcel, wattman, 27 ans, vient consulter le 22 novembre 1949 : il sent de mauvaises odeurs, très pénibles, « de pipi de chat, d'essence ». Ce phénomène dure quelques minutes et s'accompagne d'un état de malaise indéfinissable. Par ailleurs, surviennent de brefs épisodes que le malade baptise « vertiges » ; en fait, il s'agit d'impressions d'anéantissement avec obnubilation partielle, dont la durée est évaluée à quelques minutes. Il ne signale en outre que quelques symptômes banaux, algies diverses, paresthésies faciales, asthénie discrète à prédominance matinale. Il n'y a pas de troubles du sommeil, pas de troubles génitaux, jamais de crise convulsive. Les antécédents sont muets quant à une étiologie possible. L'examen neurologique est négatif. Un électro-encéphalogramme pratiqué alors (professeur Gastaut) n'attire pas autrement l'attention sur une focalisation temporale précise. Le sujet est cependant traité par le gardénal.

Il est revu le 9 mars 1950. Parce que les odeurs désagréables s'étaient espacées, il a cessé le traitement ; elles sont alors devenues plus fréquentes. Il perçoit brusquement une odeur d'essence ; à ce moment survient un

(1) *Clinique des maladies nerveuses. Faculté de médecine de Marseille. Directeur : P. Y. POIRSINES.*

malaise général, il pâlit, lui a-t-on dit, puis tout cesse. Ces « crises » surviennent deux à trois fois par semaine en moyenne. L'examen neurologique et général est normal.

L'observation se poursuit en juillet 1955 : les hallucinations olfactives ont disparu depuis 1952. Persistent identiques les « vertiges » (brèves sensations de faiblesse, d'anéantissement), quelques céphalées.

L'élément dominant du tableau est constitué par une dépression physique et psychique avec anxiété matinale, hyperémotivité marquée, impuissance totale apparue depuis trois ou quatre mois, succédant à une période d'excitation génésique, alors que sa vie sexuelle était normale antérieurement. L'appétit est très diminué, des spasmes pharyngés gênent l'alimentation, il existe un amaigrissement de cinq kilos depuis deux mois. Enfin, quelques accès somnambuliques sont survenus depuis un an.

L'examen neurologique reste entièrement négatif.

L'étude olfactométrique montre un seuil monorhinique normal et égal des deux côtés.

Les stéroïdes urinaires sont normaux : 17-cétostéroïdes, 11 mgr. 87 ; 11-oxy-cétostéroïdes, 1 mgr. 61.

Un nouvel examen électro-encéphalographique est demandé et révèle un foyer de pointes lentes dans la région temporale gauche. Une étude plus attentive du tracé pris en 1949 nous montre alors que des anomalies thêta s'y dessinaient à gauche mais n'avaient pas emporté à cette époque une conviction absolue.

On peut considérer que le traitement anti-convulsivant entrepris malgré l'absence de comitialité au sens classique du terme est responsable de la disparition de l'élément le plus spectaculaire et le plus caractéristique : les crises uncinées, alors que le tableau actuel a évolué en un syndrome dépressif avec impuissance génitale.

Il est assez remarquable que les anomalies électriques ne se soient précisées que sur le second électro-encéphalogramme alors que l'essentiel du tableau clinique est constitué par des manifestations que seuls les travaux très récents de Gastaut et de ses collaborateurs nous ont appris à mettre en liaison avec la pathologie rhinencéphalique : troubles de l'appétit (1) et troubles sexuels (2).

Par ailleurs, on sait les difficultés que rencontre la mise en évidence d'un foyer électrique cérébral localisé au cours des états hallucinatoires olfactifs au cours des psychoses et l'un de nous y a insisté naguère (3).

Dans l'observation présentée, la symptomatologie « uncinée » étant isolée au début, n'a pas fait sa preuve neurologique, par exemple d'ordre tumoral, et a évolué favorablement sous l'influence d'un traitement anti-comitial banal. Il est curieux de constater que, dans ce cas, c'est lorsque le tableau clinique se transforme pour réaliser un

(1) GASTAUT (H.), ROGER (J.) et GIOVE (C.) : *Annales médico-psychologiques*, 1955, I, 177-206.

(2) GASTAUT (H.) et COLLOMB (H.) : *Annales médico-psychologiques*, 1954, II, 657-696.

(3) ALLIEZ (J.) et PUJOL (Ray.) : *Société médico-psychologique*, séance du Centenaire, 1952.

aspect sans relief à première vue, que les signes électriques traduisant la souffrance du rhinencéphale deviennent plus précis. Une étude attentive des symptômes les montre cependant hautement évocateurs, en fonction des données maintenant acquises en épiléptologie.

Episode de troubles du caractère chez un enfant, manifestation d'une encéphalite allergique rubéolique, par MM. J. ALLIEZ et M. DONGIER.

Les troubles du caractère observés chez l'enfant ont généralement un caractère durable. D'autre part, la réponse de son système nerveux à l'atteinte par un agent nocif d'ordre infectieux ou toxique se traduit volontiers par des modalités de l'état confusionnel, comme M. Heuyer y a insisté. Notre observation nous paraît bien distincte de ces cas.

OBSERVATION. — Un enfant de 3 ans 1/2, atteint de surdité congénitale, nous est adressé par son médecin traitant pour des troubles caractériels d'apparition brutale.

Le 2 juin 1955, Jean-Marc, jusque-là parfaitement normal au point de vue intellectuel et affectif, bien adapté à son infirmité dans un milieu familial apparemment excellent, devient très agressif, présente de violentes crises de colère. Dans la semaine qui suit, cette agressivité très inhabituelle persiste, s'accompagnant d'insomnie, de terreurs nocturnes, d'anorexie, d'énurésie (alors que l'enfant ne mouillait plus son lit depuis plus d'un an), d'une légère hyperthermie (entre 37°5 et 37°8). Par ailleurs, le matin du 10 juin, jour où il nous est amené, la famille a remarqué qu'il titubait légèrement.

L'examen neurologique nous montre un signe de Babinski bilatéral, plus marqué à droite, sans association d'autres signes neurologiques en dehors de la surdi-mutité complète.

Recherchant l'étiologie de cette surdité, nous apprenons que la mère a présenté à la septième semaine de sa grossesse une rubéole. Nous découvrons par ailleurs que, dans le mois qui vient de s'écouler, tous les frères et sœurs de Jean-Marc (ils sont cinq, tous parfaitement normaux), ont eu une rubéole typique diagnostiquée par le pédiatre, le dernier cas ayant débuté le 24 mai. Notre petit malade seul n'a présenté aucune éruption.

Un électro-encéphalogramme, pratiqué dès le lendemain, est sensiblement normal pour l'âge de l'enfant. Le fond d'œil est également normal.

Devant ce tableau, l'un de nous envisage l'hypothèse d'une réaction allergique au niveau d'un cerveau déjà touché *in utero* par le virus rubéoleux, et institue un traitement à base de : antihistaminiques (40 mgr. de 3277 R.P. par jour) ; chlorpromazine (60 mgr. par jour) ; et acétylsalicylate de calcium (2 gr. par jour).

Dès le lendemain, les diverses manifestations commencent à s'amender ; en une semaine, Jean-Marc était revenu à son état normal et y est demeuré depuis lors.

Sur le plan de l'examen neurologique objectif, le réflexe cutané plantaire en flexion bilatérale attestait dès le 14 juin qu'il s'était bien agi d'une poussée encéphalitique passagère, dont la nature allergique, secondaire à la contamination par les frères et sœurs, nous semble très probable. Il n'existe malheureusement pas de test biologique qui nous permette actuellement de faire la preuve absolue de la nature de ces manifestations. Il y a lieu également de remarquer que les encéphalites consécutives aux fièvres éruptives, généralement considérées comme de nature allergique, comportent un pronostic de gravité et de durée plus sévère que dans notre cas, de même que celles qui succèdent çà et là aux diverses vaccinations.

La présence, dans cette observation, d'une rubéole maternelle responsable de la surdité de l'enfant et de troubles caractériels violents et insolites coïncidant avec une symptomatologie neurologique lors de l'épidémie de rubéole familiale, qui le laissait indemne au point de vue éruptif, nous a paru justifier sa publication en vue de l'étude des réactions allergiques du système nerveux de l'enfant.

DISCUSSION

M. A. BELEY. — Nous commençons à compter à la colonie de Vaucluse un nombre assez impressionnant d'arriérés profonds avec troubles du comportement, encéphalopathiques pré-nataux issus de mère ayant présenté la rubéole dans les toutes premières semaines de la grossesse. La place de ces cas dans les statistiques d'entrée augmente du fait que les enquêtes médico-sociales sont maintenant orientées systématiquement sur cette étiologie.

Ce qui est particulièrement intéressant au point de vue prophylactique dans la communication du D^r Alliez, c'est la notion de ce rappel allergique de la rubéole maternelle ; il semble que, de toutes façons, même si l'enfant n'a pas été atteint *in utero*, il demeure nerveusement très fragile au contact rubéolique. Sur le plan épidémiologique familial et scolaire, il vaudra mieux soigneusement isoler de ses frères et sœurs et de ses camarades l'enfant, dont on n'ignore pas que sa mère a présenté une rubéole en début de grossesse.

Incidence de la chirurgie gastrique sur les psychoses alcooliques, par MM. E. MARTIMOR, J.-F. DEREUX, P. NICOLAS-CHARLES et Mme Ch. RIVAILLE.

La fréquence des gastrectomies chez les malades internés pour une psychose alcoolique est un phénomène de constatation récente.

Les auteurs qui, avant guerre, ont étudié les facteurs somatiques de l'alcoolisme, ne soulignent pas spécialement les antécédents ulcéreux dans l'étiologie des troubles mentaux dus à l'intoxication.

Le problème est posé en 1950 par MM. Dublineau et Angelergues, au cours d'une étude typologique des alcooliques ulcéreux. Par la suite — et nous ne faisons ici état que des principaux travaux français — une confirmation, appuyée sur un nombre important de cas observés à l'admission de Sainte-Anne, est apportée par MM. Dau-

mézon, Guiguen et Mlle Cor, au congrès de Pau en 1953. L'année suivante, à Liège, MM. Lereboullet et Pluvinaige rapportent qu'ils ont observé le même phénomène dans un service ouvert spécialisé pour la désintoxication.

Ces constatations sont d'ailleurs reprises dans la thèse récente de Bourel de La Roncière consacrée à ce sujet. Enfin, tout dernièrement, MM. Hamel, Poiré et Mlle Dampy viennent encore de mettre en évidence la fréquence relative des ulcus chez les éthyliques traités en milieu psychiatrique.

Par contre, l'attention des gastro-entérologues ne semble pas avoir encore été électivement attirée sur ce point. A notre connaissance, les études sur les séquelles de la gastrectomie indiquent simplement que celles-ci sont plus sévères chez les alcooliques.

Nous avons l'intention d'exposer ici brièvement les premiers résultats de nos recherches à ce propos, nous réservant de développer éventuellement plus tard les problèmes pathogéniques et thérapeutiques qui peuvent se poser.

Notre matériel d'étude — selon l'expression classique — est formé par 244 malades hommes entrés dans notre service pour des manifestations psychotiques d'origine éthylique, au cours d'une période de 22 mois consécutifs, en 1953-1954. Nous n'avons, bien entendu, retenu comme psychoses éthyliques que celles où l'intoxication chronique apparaît comme un facteur, sinon exclusif (ce qui prête à discussion), du moins nettement prépondérant.

Sur nos 244 malades, 20 — soit 8 % — avaient subi une intervention chirurgicale pour ulcère de l'estomac ou du duodénum. Ces 20 cas se décomposent en 15 gastrectomies, 1 gastro-entérostomie et 4 opérations d'urgence sur ulcus perforé (sans réintervention ultérieure). En outre, sur les 224 malades restants, nous relevons 4 ulcus non opérés. C'est donc, au total, 10 % de nos éthyliques qui apparaissent atteints par la maladie ulcéreuse.

Nous avons cherché d'abord à relever des corrélations entre ces faits et les autres caractéristiques de nos malades. Dans l'ensemble, cette recherche n'a fourni que des résultats négatifs qui méritent cependant d'être explicités. Nous n'avons constaté, en effet, ni affinité spéciale pour une psychopathie particulière, ni fréquence accrue des polynévrites ou des atteintes hépatiques (ces dernières étant vérifiées par les tests courants de floculation).

Nous n'avons pas remarqué non plus d'incidence quant à l'âge du malade, l'ancienneté de l'intoxication et la quantité d'alcool absorbé, dans la mesure où celles-ci peuvent être appréciées. D'autre part, les conceptions étiologiques actuelles de la maladie ulcéreuse nous poussaient à essayer de distinguer chez nos alcooliques des personnalités franchement névrotiques ou simplement subnormales. Il faut reconnaître que cette distinction demande des examens approfondis que

nous n'avons guère pu réaliser à cause de la surcharge actuelle des services. Nous avons cependant l'impression que, là non plus, les gastrectomisés ne diffèrent pas des autres alcooliques.

Le fait capital est que, dans tous les cas, le premier (et souvent le seul) internement a toujours été postérieur à l'intervention. L'abaissement du seuil de résistance au toxique a d'ailleurs été souvent perçu par les malades eux-mêmes, sous forme de malaise général, d'omnubilation ou d'irritabilité après absorption de doses bien supportées antérieurement. Et plusieurs de ces malades semblent avoir nettement réduit de leur propre chef leur consommation.

Parmi nos 20 malades opérés, la date de l'intervention a pu être retrouvée de façon suffisamment précise chez 18 d'entre eux. Dans 12 cas, elle datait de moins de sept ans avant le premier internement, les interventions les plus récentes étant celles qui avaient été effectuées d'urgence pour perforation. Chez les 6 autres cas, elles s'égrenaient dans un passé lointain, allant jusqu'à vingt-deux ans.

Au point de vue statistique, nos recherches confirment, dans l'ensemble, les travaux antérieurs. Opérant deux ans après sur le même milieu que MM. Daumézon, Guiguen et Mlle Cor, nous retrouvons pratiquement les mêmes résultats. Notre proportion de gastrectomisés psychopathes est légèrement supérieure à celle qu'ont publiée MM. Lereboullet et Pluvinaige. Mais ceci peut s'expliquer si l'on considère qu'il s'agit, dans ce dernier cas, d'un service libre, groupant donc des malades moins gravement touchés. De toute façon, le point important est que notre proportion apparaît très supérieure par rapport à celle d'une population de référence comprenant des psychopathes non alcooliques où le pourcentage des gastrectomisés oscille entre 1 et 2 %.

Au point de vue évolutif et pronostique, nous avons été frappés par la faible fréquence d'internements itératifs, comme on en voit couramment chez les autres éthyliques. Il y a probablement une corrélation à envisager entre cet indice et le fait que, parmi nos psychoses alcooliques décédées, 2/3 avaient été gastrectomisées.

Au point de vue pathogénique enfin, en envisageant l'ancienneté de la gastrectomie par rapport à l'internement, on pourrait peut-être ne voir là que des coïncidences, en objectant qu'une statistique est toujours discutable.

Mais, d'une part, il est vraisemblable que la période de tolérance a été allongée artificiellement par l'abstinence de la guerre. D'autre part, la gastrectomie était beaucoup moins pratiquée avant 1940. Ces deux facteurs nous semblent expliquer la reconnaissance tardive du rôle que joue, dans l'intolérance à l'alcool, l'ablation de la muqueuse gastrique.

Par ailleurs, chez nos éthyliques, l'intervalle entre la gastrectomie et l'apparition des troubles mentaux varie dans de larges limites et

il devient difficile d'invoquer un mécanisme univoque dans tous les cas. Les plus anciens, en particulier, ne nous paraissent guère explicables par une toxicité alcoolique massive due à une absorption intestinale plus rapide. Il est évidemment tentant d'invoquer alors les troubles métaboliques bien connus comme séquelle des gastrectomies. Mais, dans l'alcoolisme nerveux, ce type de pathogénie n'est solidement établi que pour les syndromes polynévritiques et les rares atteintes centrales de l'encéphalopathie de Wernicke. Et l'on doit se contenter d'émettre l'hypothèse d'une certaine correspondance entre l'hypovitaminose attribuée à la gastrite éthylique et le syndrome carentiel des gastrectomisés.

Enfin (et bien que certains gastro-entérologues n'attachent à l'influence de l'alcool sur l'ulcère qu'une valeur relativement contingente), si l'on considère que les délais les plus courts entre les interventions et les psychopathies concernent les cas opérés d'urgence pour perforation, il est licite de se demander s'il ne pourrait pas exister un certain degré de parallélisme entre les maladies ulcéreuse et cérébrale.

Nous concluons donc, à titre provisoire, que les alcooliques gastrectomisés forment un groupe hétérogène et que seule une analyse clinique et biologique très poussée permettrait de connaître les liens pathogéniques exacts entre l'intervention et la psychose toxique.

Mais il est fort possible que le nombre même de ces malades diminue dans un avenir proche. En effet, la gastrectomie, bien que récemment encore défendue, tend à apparaître moins fréquente. D'une part, parce que la gastro-entérostomie, relativement délaissée, jouit d'un regain d'actualité et, d'autre part, parce que les thérapeutiques médicales récentes, peut-être mieux adaptées, semblent agir plus efficacement.

Il n'est donc pas interdit de penser que ce problème, surgi soudainement il y a quelques années, perde par la suite beaucoup de son importance pratique. Son importance pathogénique n'en est pas moindre et appelle de nouvelles recherches.

Ce que nous voulions, à notre tour, souligner aujourd'hui, c'est l'apparition presque brutale, après la gastrectomie, d'une intolérance à l'alcool chez des sujets qui, antérieurement, supportaient sans inconvénient majeur — tout au moins au point de vue psychique — des doses quotidiennes d'alcool assez importantes. « Avant l'opération, nous disent de nombreux malades, je buvais à chaque repas un litre de vin sans être incommodé. Maintenant, avec un quart de litre, je suis saoul... » Et l'entourage confirme cette constatation.

Les effets de la gastrectomie ne se bornent pas à cette modification dans la tolérance immédiate de l'alcool. La diminution de la surface gastrique aggrave également les conséquences plus lointaines de l'intoxication éthylique. Des phénomènes délirants et des troubles du comportement apparaissent — nécessitant l'internement — chez des

buveurs qui, auparavant, étaient pratiquement normaux au point de vue psychique. Et cela, en dépit d'une réduction notable de la ration quotidienne d'alcool, que le buveur s'était imposée.

La discussion détaillée des hypothèses physio-pathologiques que suscitent ces constatations fera l'objet d'un travail ultérieur.

DISCUSSION

M. G. DAUMÉZON. — J'ai été fort intéressé par la communication du Dr Martimor, qui vient confirmer les données statistiques apportées par Guiguen et moi au congrès de Pau.

A la lecture du programme de cette séance, j'ai fait procéder à un rapide relevé des alcooliques gastrectomisés depuis 1953 : les chiffres obtenus, mois par mois, confirment les chiffres antérieurs.

M. J. ALLIEZ. — demande si l'on a trouvé chez les malades des éléments du syndrome neuro-anémique, dont les exemples ont été décrits (Lafon) avec parfois simplement anachlorhydrie gastrique isolée.

M. E. MARTIMOR. — Avec M. Daumézon, nous enregistrons l'existence d'un facteur saisonnier dans l'internement d'alcooliques gastrectomisés, sans pouvoir en proposer une explication. Quant aux conséquences mécaniques de la gastrectomie, telle l'absence d'un réservoir régulateur de l'absorption, elles doivent être certainement retenues.

C'est à des différences de cet ordre (mode d'absorption de l'alcool avec ou sans bol alimentaire et à des heures variables, et des rythmes, selon les coutumes nationales), que récemment encore des auteurs américains ont dû attribuer l'essentiel des différences observées dans les formes de la morbidité alcoolique au sein des divers groupes ethniques de la population new-yorkaise.

Je précise à M. Alliez que les formules sanguines de nos malades gastrectomisés étaient toutes normales, et le sont restées dans les semaines suivantes. Néanmoins, l'hypothèse d'un syndrome psycho-anémique (pourvu que l'on donne à cette expression un sens large) ne peut être formellement écartée puisqu'il a été rapporté plusieurs cas de syndromes médullaires du type neuro-anémique réagissant électivement à la vitamine B12, survenus après gastrectomie sans qu'un syndrome hématologique ait été décelé en même temps. Il serait donc intéressant d'étudier l'effet de la vitamine B12, de l'acide folique et, d'une façon générale, des facteurs hépatiques et gastriques chez les alcooliques gastrectomisés, en particulier chez ceux dont la tolérance à l'alcool a brusquement et nettement baissé.

On nous a fait remarquer qu'il serait légitime d'envisager les perturbations du syndrome d'adaptation après le stress opératoire ; c'est dans cette perspective que l'on pourrait peut-être le mieux expliquer la particulière gravité que semblent revêtir les interventions d'urgence pour perforation. Mais ce mécanisme ne peut être invoqué lorsqu'un délai de plusieurs années s'est écoulé entre l'intervention et l'internement ainsi que nous l'avons observé le plus souvent.

Dans un autre ordre d'idées conforme aux conceptions de la médecine psycho-somatique, nous aurions aimé détailler les antécédents affectifs et émotionnels de nos malades avant l'apparition de l'ulcère, et mettre en parallèle les variations de la tolérance à l'alcool. Une telle étude n'aurait pris toute sa valeur que si elle avait pu être menée en même temps chez les alcooliques non opérés. Une recherche aussi délicate à une échelle aussi vaste dépassait les possibilités de notre service dans la période retenue.

En terminant, nous nous permettons d'insister sur deux faits : l'un, est que les alcooliques gastrectomisés constituent vraisemblablement un groupe hétérogène qui n'est pas susceptible d'une explication pathogénique univoque ; l'autre, est qu'il y aurait intérêt à répandre parmi les chirurgiens la notion du danger très spécial que font courir aux alcooliques les interventions gastriques.

Un cas d'intoxication grave par le lithium, par MM. G. DAUMÉZON, M. GUIBERT et P. CHANOIT

Le lithium, introduit en thérapeutique psychiatrique en 1949 par J.-F. Cade, a suscité un grand intérêt. Son emploi, assez rapidement répandu, a été rapporté dans de nombreuses publications. Les résultats spectaculaires, obtenus en particulier dans la manie chronique, firent peut-être négliger un aspect fort important de son action, nous voulons parler de sa toxicité.

Une recherche bibliographique attentive révéla cependant que chaque auteur rapportait, avec ses succès, un certain pourcentage d'incidents ou d'accidents, non négligeables. Incidents ou accidents, semble-t-il, peu en rapport avec les doses employées, la durée du traitement ou même le syndrome mental.

Stromgren, Schou et leurs collaborateurs n'ont noté aucune corrélation entre le taux du lithium présent dans le sang et la survenue de complications. Leurs conclusions s'orientaient plus vers la notion d'une susceptibilité particulière individuelle.

Une analyse détaillée des publications antérieures n'a pas sa place ici, mais il est intéressant de relever l'ordre et la qualité des complications observées.

Comme dans beaucoup d'intoxications, les symptômes digestifs caractérisent l'intolérance de l'organisme au lithium : nausées, anorexies, gastralgies, vomissements, diarrhée, puis des symptômes nerveux apparaissent : tremblement des doigts et des mains, de la langue, asthénie musculaire, apathie, difficulté de l'idéation, myoclonies, fibrillation des muscles faciaux, ataxie, baisse de la vision, troubles de la parole, confusion mentale légère, crises épileptiques, coma. Ces signes s'accompagnent plus ou moins précocement de baisse de la température corporelle, baisse de la tension artérielle, modification des tracés électro-encéphalographiques et électro-cardiographiques. Enfin la mort peut survenir. Six cas ont déjà été publiés, en particulier celui qui a fait l'objet de la communication de Roberts, en 1950 ; chez une femme de 50 ans, présentant un état maniaque permanent depuis trois ans, l'administration de 60 grains quotidiens (3 gr. 88) de citrate de lithium pendant huit jours déclencha un état alarmant fait de confusion, avec vomissements et alaxie, puis elle fit des crises d'épilepsie, et le neuvième jour après l'arrêt du lithium elle mourut, en collapsus.

Plus récemment, dans une statistique importante de 104 cas, Glesinger, en 1954, note plus de 10 % d'accidents digestifs et nerveux (dont deux morts) ; Teulié, Follin et Bégoin, en 1955, consacrent un chapitre entier de leur article aux complications ; l'un de nous, avec Sivadon, en 1955, rapportent 43 % d'incidents digestifs à type de dyspepsie, vomissement, diarrhée, et 17 % d'accidents neurologiques.

Il semble donc qu'au fur et à mesure de la généralisation de son emploi, le lithium ait de plus en plus attiré l'attention sur sa toxicité.

Cela nous a amenés à publier aujourd'hui un cas d'intoxication par le carbonate de lithium chez une maniaque, cas intéressant, nous allons le voir dans l'observation clinique, par trois points particuliers : 1) la précocité de l'intoxication ; 2) les résultats de certains dosages biologiques ; 3) l'issue favorable.

OBSERVATION DE MME P... — Entrée le 20 avril 1955 pour un état d'excitation à type de manie franche.

L'examen physique ne montre aucune anomalie : tension artérielle à 12/5. Cependant, un teint légèrement coloré et un petit tremblement digital font penser à la possibilité d'un appoint alcoolique, appoint dont on n'a d'ailleurs pas pu faire la preuve par la suite. On pratique également quelques recherches biologiques systématiques dont les résultats sont normaux, sauf quelques traces d'albumine dans les urines.

Devant cet état, elle reçoit quatre électro-chocs, qui amènent rapidement une amélioration considérable. Elle devient beaucoup plus bavarde, reprend une certaine activité (du moins dans les limites de l'hospitalisation). Elle est pleine de prévenance pour son entourage : infirmières et malades. Il apparaît même une certaine tendance dépressive au bout de quelques jours ; elle cesse de lire, de s'occuper, de s'intéresser à ses compagnes et *exprime quelques idées de type mélancolique*. Cet état se maintient pendant quelques jours, mais l'hypomanie réapparaît et progressivement atteint à nouveau l'aspect de manie franche telle qu'elle se présentait au début avec plaisanteries, jeux de mots, chants, désordre de la tenue, érotisme, gesticulation désordonnée, etc...

Le 14 mai 1955, elle est mise au carbonate de lithium à raison de 2 gr. par jour. Deux jours plus tard, le 16 mai, se produisent quelques incidents d'ordre digestif à type de gastralgies, nausées, diarrhée. Le traitement est interrompu le soir même pour être repris le lendemain, mais à dose plus faible. Elle reçoit encore 1 gr. 50 le 18 mai et 1 gr. le 19 mai, date où le traitement est interrompu de façon définitive, car s'est installé un état particulièrement inquiétant (dose totale : 6 gr. 50 en six jours de traitement).

Il s'agit en gros d'un état de stupeur avec mutisme, immobilité complète, oppositionnisme avec apparition de mouvements cloniques très abondants à la moindre tentative de mobilisation, incontinence sphinctérienne, refus d'aliments. Cet état va persister pendant près d'une semaine avec un maximum vers le 3^e ou 4^e jour.

Examens dans cette période (examen neurologique du Dr J. Ajuriaguerra). — La malade, couchée sur le dos, est immobile et muette. Elle a le regard assez vif mais il est impossible d'explorer sa conscience. Les questions restent sans réponse. Les ordres même les plus simples ne sont pas exécutés.

Au niveau de la face, il n'existe ni hypertonie, ni paralysie. Au niveau des membres, on note une hypertonie très nette, d'ailleurs plus marquée à droite. Cette hypertonie est faite d'un mélange d'une résistance de type extra-pyramidal et d'oppositionnisme, c'est ce qui explique que cette hypertonie semble diminuer dans une certaine mesure au bout de quelques instants d'examen patient.

La décontraction musculaire se fait par saccade, avec une fixation en cours de route. Il y a une forte résistance à l'extension complète.

Le ballant des mains est absent, le ballant des pieds est inexistant. Du côté gauche on note un phénomène curieux : en effet, lorsqu'on excite la face interne de l'avant-bras, on obtient une décontraction beaucoup plus rapide et beaucoup plus complète du membre que sans excitation.

Les réflexes tendineux sont très vifs des deux côtés. Les réflexes idiomusculaires sont vifs des deux côtés, mais encore plus à droite. Il existe de ce même côté droit quelques signes pyramidaux. Le réflexe cutané plantaire se fait de ce côté en extension. Il existe également une hyperextensibilité de la jambe sur la cuisse. Mais ce qui frappe surtout au cours de cet examen neurologique c'est l'existence, lors de tentatives d'élongation ou de rapprochement de différents segments des membres, des mouvements cloniques particulièrement vifs. On a l'impression d'un clonus musculaire aux secousses régulièrement espacées, qui se reproduisent en diminuant progressivement d'intensité pour disparaître totalement au bout de quelques secondes, mais reprendre avec les mêmes caractères et sans apparence de fatigabilité si les mêmes tentatives de mobilisation sont refaites. Ces mouvements cloniques sont toujours des mouvements cloniques provoqués, car l'examen le plus minutieux n'a pas permis de mettre en évidence le moindre mouvement clonique spontané.

Il n'existe pas en apparence de troubles sensitifs. Il est impossible de préciser très exactement le champ visuel. Signalons simplement que la réaction à la menace est peu importante.

Il existe des troubles végétatifs ; certes, la tension artérielle, la température et le rythme cardiaque ne sont pas sensiblement modifiés mais la déglutition est difficile et la malade ne peut absorber que des boissons, et encore avec de grandes difficultés. Il existe quelques troubles respiratoires à type de dyspnée inspiratoire avec tirage qui apparaît lors de tentatives d'examen de la malade et qui cesse au bout d'une minute environ.

Différents examens de laboratoire sont pratiqués, qui donnent les résultats suivants ; examen des urines : albumine, 0,13 % ; glucose, 0 ; acétone, 0. Absence de pigments et de sels biliaires. Examen du sang : sodium, 3,32 ; potassium, 0,21 ; réserve alcaline, 47,8 ; glycémie, 0,84 ; urée, 0,55.

Aussitôt un traitement est institué, comprenant des analeptiques cardiovasculaires pour lutter contre un éventuel collapsus et, d'autre part, du sérum salé hypertonique intraveineux à raison de 40 cc. chaque jour et 1/2 mgr. d'atropine par jour.

Malgré ce traitement, l'état demeure le même, menaçant pour la vie de la malade à chaque instant ; on a même l'impression que la gravité augmente chaque jour. Malgré ces difficultés, un électro-encéphalogramme est pratiqué et le 23-5-55 (service du Dr G. Verdeaux), il montre un tracé globalement et profondément altéré, en parfaite corrélation avec l'état clinique de la malade pendant l'examen (torpeur accusée).

Le 25 mai, l'état est toujours le même ; de nouveaux examens amènent les résultats suivants ; examen des urines : albumine, 0,33 % ; glucose, 0 ; acétone, 0. Urine trouble, culot de centrifugation important, rares cellules épithéliales plates, nombreux leucocytes (10 à 15 par champ). Examen du sang : potassium, 0,18 ; sodium, 3,34 ; glycémie, 1,17 ; urée, 0,31 ; réserve alcaline, 48,1.

A partir de cette date, cependant, une amélioration commence à se dessiner ; les troubles vaso-moteurs se font moins importants, les troubles respiratoires disparaissent, le syndrome neurologique est modifié, les réflexes tendineux sont restés vifs, mais les signes pyramidaux ont disparu ; cependant, les mouvements cloniques lors de la mobilisation restent identiques. L'état psychique s'améliore légèrement et la malade commence à manifester contre le traitement en poussant des plaintes dès qu'elle voit les infirmières s'approcher d'elle.

Le 30 mai 1955, l'amélioration a continué, les mouvements cloniques à la mobilisation passive ont diminué d'amplitude et leur durée est beaucoup moindre. A cette date, il ne reste plus aucun syndrome de type extra-pyramidal avec augmentation des réflexes de posture et phénomènes de la roue dentée au membre supérieur ; il n'y a plus de troubles végétatifs et la torpeur de la malade se dissipe progressivement. Notre malade présente même un oppositionnisme indiscutable pour tout ce qui concerne le traitement, ce qui complique quelque peu la tâche.

A cette date du 30 mai, le traitement par le sérum salé est arrêté et l'on arrête également l'atropine à partir du 1^{er} juin. Mais la malade ne parle pas encore et il est impossible de pratiquer un bilan de l'état.

Le 3 juin 1955, un nouvel électro-encéphalogramme est pratiqué (Dr J. Verdeaux). Malgré des difficultés techniques, ce tracé montre : dans la région rolando-pariétale, de chaque côté, un rythme de 4 et 5 c./s., de voltage moyen, qui semble constituer le rythme de base. Les grandes bouffées de rythme delta constatées lors du premier examen sur le même territoire semblent avoir disparu.

Le 6 juin, la malade commence à répondre aux questions ; le syndrome neurologique a pratiquement disparu, et c'est alors que l'on peut constater qu'elle a des difficultés de la parole et qu'il existe des troubles d'ordre aphasique ; mais le bilan complet ne pourra se faire que quelques jours plus tard, car un examen un peu prolongé est alors très pénible (asthénie, fatigabilité extrêmes).

Vers le 15 juin, la malade commence à se lever et à marcher avec l'aide d'infirmières, mais la fatigabilité reste très grande et le manque total de force l'empêche de marcher seule et même de faire sa toilette ; cependant, elle peut à nouveau manger seule mais il faut noter que les troubles de la déglutition persistent en partie : elle peut absorber facilement les aliments liquides mais pas encore les aliments solides.

Le contact est plus facile et l'exploration de son psychisme est alors possible, si bien que l'on peut mettre en évidence, d'une part un syndrome de type confusionnel, et d'autre part un syndrome de type classique, surtout aphasie amnésique mais aussi quelques troubles de la compréhension et de l'articulation.

Difficulté importante de la concentration ; on doit lui répéter plusieurs fois une question avant qu'elle y réponde. Fatigabilité importante.

Dans ces phénomènes intervient certainement pour une grande part le syndrome aphasique.

L'évolution a été dès lors favorable. Le syndrome confusionnel et le syndrome aphasique ont progressivement disparu cependant que réapparaissait l'état d'agitation de type maniaque. Le syndrome confusionnel a été le premier à s'estomper en une quinzaine de jours.

Au début du mois de juillet, le syndrome aphasique commence une évolution pareillement favorable mais retardée. A ce moment-là, un nouvel électro-encéphalogramme est pratiqué et donne les résultats suivants : tracé amélioré par rapport à l'enregistrement précédent ; toutefois, cet électro-encéphalogramme ne peut être encore considéré comme normal.

Les troubles de l'articulation puis de la compréhension disparaissent d'abord, les troubles de la dénomination ensuite. Deux mois environ après le début des troubles (soit milieu de juillet), le syndrome aphasique était à peu près complètement terminé. Malheureusement, au fur et à mesure que ces troubles s'estompaient, l'état d'agitation maniaque se développait progressivement et, dès la fin de l'épisode confusionnel, il avait atteint une intensité identique à ce qu'il était lors de l'hospitalisation. Seule la logorhée avait pris un aspect particulier puisque, cette fois-ci, les troubles aphasiques lui imprimaient une note nouvelle.

Le 17 juillet, malgré cet état d'agitation, on pratique un nouvel électro-encéphalogramme dont les résultats sont : tracé nettement amélioré par rapport au précédent.

Ainsi, le problème thérapeutique se trouvait reposé entièrement. Différents traitements durent être employés : les sédatifs habituels, dont la chlorpromazine ; quelques électro-chocs, qui amenèrent une régression importante de l'agitation ; un abcès de fixation, qui n'eut d'autre effet que de faire souffrir la malade et de la maintenir au lit ; enfin, une nouvelle cure de chlorpromazine, qui amena la guérison alors qu'elle n'avait donné aucun résultat lors des essais précédents.

A l'heure actuelle, c'est-à-dire le 15 octobre, soit cinq mois après le début des troubles, l'état de la malade est le suivant :

au point de vue psychiatrique : guérison apparente totale ; il n'existe actuellement aucun élément maniaque ou confusionnel et la récupération du langage semble avoir été totale, récupération confirmée par les examens psycho-métriques pratiqués (Mlle Moor, Mme Broussines) ; quotient intellectuel : verbal ; note vocabulaire : 26,5 ; note standard : 13 ;

au point de vue électrique : électro-encéphalogramme, état stationnaire ;

au point de vue somatique : les examens biologiques pratiqués montrent que, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, l'intoxication a laissé des traces durables. La réserve alcaline reste basse et la persistance d'une albuminurie avec présence de nombreux leucocytes au culot montre que les lésions rénales ne sont pas encore éteintes. Examen du sang : urée, 0,36 ; sucre libre, 1,06 ; chlore (sérum plasma), 3,69 ; chlore (globulaire), 1,95 ; potassium, 0,16 ; sodium, 3,48 ; réserve alcaline, 48,1.

Enfin, les épreuves fonctionnelles rénales (van Slyke) montrent une atteinte glomérulaire nette.

Résumé de l'observation. — Etat d'excitation maniaque. Echec des chocs,

mise au carbonate de lithium, intoxication très grave avec dose totale de 6 gr. 50 espacée sur six jours. Etat de stupeur avec mutisme, oppositionnisme, mouvements cloniques à la moindre tentative de mobilisation, incontinence sphinctérienne, refus d'aliments, troubles végétatifs aigus ayant fait craindre pour la vie de la malade pendant plus d'une semaine, traitée de façon symptomatique et à l'aide de sérum salé hypertonique. Modifications biologiques dans le sang (diminution de la réserve alcaline, augmentation de l'urée), dans les urines (existence d'albumine, culot contenant des cellules épithéliales et de très nombreux leucocytes). Modifications électriques à type de grandes bouffées de rythme delta sur un rythme de base profondément perturbé. Sortie progressivement de cet état, mais constatation d'un état confusionnel et d'un syndrome aphasique. Guérison deux mois après le début des troubles mais l'état maniaque est réapparu. A l'heure actuelle, absence de séquelles apparentes mais persistance de quelques modifications biologiques (cinq mois après l'intoxication).

Avant de conclure, nous voudrions attirer l'attention sur deux points :

la précocité et la gravité extrême des accidents, survenant après une ingestion de 6 gr. 50 de carbonate de lithium ; cette faible quantité confirme l'opinion de Stromgren, Schou et collaborateurs, pour lesquels il n'existe pas de rapport entre la quantité de lithium ingéré et l'apparition des accidents ;

la minime lésion rénale existant à l'entrée dans le service de notre malade, lésion aggravée, semble-t-il, par l'administration du lithium et traduite par l'augmentation du taux d'albumine dans les urines, l'apparition d'un culot de centrifugation important et la perturbation des épreuves fonctionnelles. En effet, il est admis, depuis les expériences de Radomski et collaborateurs, Foulks et collaborateurs, Talso et collaborateurs, Hanlon et collaborateurs, que le lithium a une action toxique élective sur le rein, donnant des lésions très étendues, mais très fines.

La déperdition sodique, à la faveur de ces lésions, conditionne pour beaucoup les mécanismes pathogéniques de l'intoxication ; pour éviter de tels accidents, nous pensons qu'une vérification de l'intégrité rénale constitue une nécessité impérieuse avant tout traitement par le lithium.

Le lithium, par son activité élective, a rapidement gagné une place importante dans notre thérapeutique psychiatrique. Mais les nombreux accidents qu'il a provoqués risquent d'en faire restreindre ou même abandonner l'emploi ; cela serait regrettable.

Un abord méthodologique du problème devrait permettre d'en limiter les indications et d'en définir les contre-indications en fonction d'une expérimentation minutieuse et étendue.

Notre propos n'avait pour but que de verser à ce dossier un matériel clinique utilisable.

BIBLIOGRAPHIE. — CADE (J. F.) : *The Med. Journ. of Australia*, septembre 1949, 36, II, 349. — FOULKS (J.), MUDGE (G. H.) and GILMAN (A.) : Renal excretion of cation in the dog during infusion of isotonic solution of lithium chloride. *Amer. Journ. of Physiol.*, 1952, 163, 642-649. — GLESSINGER : *Med. Journ. of Australia*, février 1954, 41, 277. — HANLON (L. W.), ROMAINE (M.), GILROY (F. I.) and DEITRICK (J. E.) : Lithium chloride as a substitute for sodium chloride in the diet ; observations on its toxicity. *J.A.M.A.*, mars 1949, 139, 688. — RADOMSKI (J. L.), FUYAT (H. M.), NELSON (A. A.) and SMITH (P. K.) : *Journ. of Pharm. et Exp. Therap.*, décembre 1950, 429-444. — ROBERTS (E. L.) : *Med. Journ. of Australia*, août 1950, 37, 261. — SIVADON (P.) et CHANOIT (P.) : L'emploi du lithium dans l'agitation psychomotrice, à propos d'une expérience clinique. *Annales médico-psychologiques*, mai 1955, 5, I, 790. — STROMGREN (E.), SCHOU (M.), JUEL-NIELSEN (N.) and VOLBY (H.) : Lithium treatment of mania. *Journ. of Neur., Neuro-surgery and Psychiatry*. — TALSO (P. J.) and CLARKE (R. W.) : Excretion and distribution of lithium in the dog. *Amer. Journ. of Physiol.*, 1951, 166, 202-208. — TEULIÉ (G.), FOLLIN (S.) et BEGON : Etude de l'action des sels de lithium dans les états d'excitation psychomotrice. *Encéphale*, 1955, 3, 266-285.

DISCUSSION

M. G. DESHAIES. — Je n'ai pas eu d'accidents importants avec le carbonate de lithium, utilisé à la dose de 2 gr. en moyenne. Mais, comme M. Follin, j'ai observé des troubles toxiques débutant par des signes nerveux, notamment le tremblement, avec ébauche d'un syndrome rappelant le syndrome extra-pyramidal réalisé par la chlorpromazine.

Pour les états d'excitation, lorsque la chlorpromazine agit insuffisamment ou lorsque l'on veut éviter l'augmentation de la dose, l'adjonction de carbonate de lithium donne souvent de très bons résultats.

M. J. OULÈS. — Non seulement il importe de préciser la posologie par rapport au poids et à l'état général du malade, mais encore il faut souligner l'intérêt de fractionner les doses (pas plus de 0 gr. 60 pour une prise) et de prescrire le médicament avant les repas.

L'effectif de l'« Unité de soins » ne peut dépasser 30 malades, par M. G. DAUMÉZON

On sait combien tragique est la situation de l'hospitalisation psychiatrique en France : 110.000 malades mentaux entassés dans des locaux dont la capacité théorique n'excède pas 70.000 dans les évaluations les plus optimistes. On sait aussi que, devant la gravité de la situation, les Pouvoirs publics ont décidé un effort, minime si on le compare aux besoins, exceptionnel si on le rapproche des efforts antérieurs : le ministre de la santé a annoncé la construction de dix nouveaux hôpitaux psychiatriques.

Une telle annonce devait poser à tous les psychiatres un grave débat de conscience : à quelles conditions ces constructions ne vont-elles pas aboutir à une aggravation de la situation ? Il nous paraît en effet aveuglant, mais aussi parfaitement scotomisé, que les asiles actuels ont une très lourde responsabilité dans l'augmentation du nombre des malades mentaux. Faut-il rappeler qu'après la période d'enthousiasme du début du siècle dernier, l'expérience de nos grands

ancêtres aboutit à constater les effets néfastes d'un isolement imposé dans des conditions qui n'avaient plus rien de thérapeutique.

Ce n'est pas encore le temps et le lieu de faire l'historique curieux du concept de démente asilaire ; bornons-nous à remarquer que, en 1818, Esquirol, dans son mémoire célèbre, pose le problème : « Qu'ont de commun entre eux les divers établissements d'aliénés, qu'offrent-ils de contraire ou de favorable à leur destination ? (*Maladies mentales*, II, p. 185). Nous avons perdu cette faculté de poser clairement une question. Trop engagés, trop compromis dans nos asiles, il ne nous est plus possible d'en dénoncer la nocivité sans nous condamner nous-mêmes.

Mais s'il est vrai qu'on va construire de nouveaux établissements, ne devons-nous pas, sous peine de faillir gravement à nos devoirs, dire avec toute la solennité désirable, en reprenant la formule d'Esquirol : Au-delà de telles bornes, « vos établissements sont contraires à leur destination » ?

Les causes qui peuvent faire d'un prétendu hôpital psychiatrique une « fabrique de fous » sont multiples, elles tiennent souvent au fonctionnement, au personnel, au personnel médical. Reconnaissons que les déterminations en ces matières sont le résultat de contingences d'une exceptionnelle puissance.

Nous voudrions aujourd'hui nous borner à un point limité sur lequel l'accord peut se faire sans entraver les carrières de person-nages demi-consulaires, sans supposer résolues des questions de structure sociale. Parmi les facteurs qui concourent à rendre dangereux pour les malades le séjour à l'asile, il en est un auquel les plus cuirassés d'entre nous restent sensibles : c'est le fait d'être perdu, isolé, dans un flot d'individus sans visage, sans personnalité, traités en troupeau au nom de seules règles administratives. Chacun de nous doit reconnaître qu'il déploie des efforts considérables et généralement inefficaces dans le seul but de ne pas laisser des malades « oubliés ». Il en sera ainsi tant que l'effectif médical des prétendus hôpitaux psychiatriques sera aussi faible.

Nous savons fort bien que, confusément, obscurément, nos malades souffrent de cet oubli. Nous savons que cet oubli n'est pas le fait du médecin seul, il est aussi le fait de la vie dans le pavillon. Le pavillon français moyen est actuellement bourré de 70 malades environ ; il a été officiellement construit pour 40. L'effectif de personnel, en admettant que les normes réglementaires soient respectées, est de sept employés. Force nous est de constater que les infirmiers qui doivent avoir des relations avec ces 70 malades ne peuvent réellement les connaître, souvent ils ignorent leurs noms, les confondent ; en tout cas, il est impossible qu'ils aient, à l'égard de chacun, l'attitude consciente, réfléchie, utile, qu'un soignant doit avoir à l'égard d'« un malade de l'adaptation sociale ».

La vie administrative d'une telle collectivité requiert l'attention

exclusive de l'un au moins de ces infirmiers occupé, sans pouvoir faire autre chose, à des inventaires, à des rapports, à des comptes rendus qui, par leur caractère global, interdisent encore toute individualisation des conduites. Ce qui devrait être initiative quotidienne, chaque jour nouvelle, et occasion de relations humaines fructueuses dans cette vie (ménage, toilette, change, etc.), n'est que formalité codifiée, confiée dans son exécution à des malades pérennisés à la fois dans ces fonctions et dans leur trouble aliénant.

Les locaux dits « de réunion » sont obligatoirement le lieu d'agitation brownienne d'une foule, et l'isolement, le refuge au lit, au départ attitude raisonnable de défense, devient finalement un facteur supplémentaire d'aliénation.

Nous avons écouté ici des exposés sur l'accueil ; on a proposé la création de postes d'hôtesse ; on a codifié la façon de présenter au malade l'hôpital, les traitements, les occupations qu'on essaie de lui proposer... et on le plonge dans une foule où pas un de nous ne se « reconnaîtrait » s'il était précipité dans des conditions semblables.

Faut-il rappeler que le jeu d'échecs ne comporte que 16 pièces, que l'alphabet n'a que 25 lettres, que les jeux à pièces nombreuses voient se restreindre le nombre de leurs éléments, que dans les jeux d'équipe le groupe lui aussi se restreint : l'équipe de rugby à 15 tend à passer à 13 : l'homme ne peut vivre dans une foule qu'en s'isolant, en s'aliénant.

Les enseignants affirment que le contact de maître à élève peut difficilement être individuel dans les classes supérieures à 20, mais qu'il est impossible au-delà de 30. Encore s'agit-il de sujets normaux qui peuvent faire leur profit d'un enseignement plus abstrait, plus lointain. A l'égard de malades auxquels on doit apprendre à vivre, les exigences sont encore plus strictes. On sait que la loi de 1909 fixe à 15 le nombre des élèves des classes de perfectionnement, avec dérogation exceptionnelle ne pouvant dépasser 20.

On a pensé quelquefois qu'un fractionnement des responsabilités dans le pavillon trop grand pourrait permettre une individualisation et le personnel se répartit les tâches, tel « est de dortoir », tel « de réfectoire », tel « de courses ». Ces répartitions sont utiles mais elles n'empêchent que chaque membre de l'équipe de personnel est en rapport avec tout le pavillon et ne peut modeler son attitude à chaque instant sur les exigences individuelles du traitement de chaque malade en particulier.

Il va de soi que, lorsque je propose une fixation de la taille maxima de l'unité de soins, je ne préjuge en rien de l'architecture des bâtiments ; peut-être s'agira-t-il de pavillons isolés unité par unité, mais peut-être aussi de blocs comportant plusieurs unités ; on sait que les Suisses ont construit, à Bâle-campagne, un petit hôpital en un seul bloc, où les unités de soins sont de 16 au maximum ; à l'inverse, les Suédois sont en train de bâtir un hôpital-village de pavillons qui ne

dépassent pas 30 malades. Toutes ces solutions dictées par les conjonctures, les conditions de terrain, de situation, de climat, sont valables pourvu que le nombre des malades confiés à une équipe de personnel ne dépasse pas une limite humaine.

De même, l'adoption d'un tel plafond ne préjuge en rien de l'organisation intérieure de l'unité de soins, de la salle « ward » comme disent les langues germaniques. Sans doute, selon son utilisation, sera-t-elle prévue pour faciliter les groupes plus restreints de malades : petits dortoirs, tables de salle à manger, pôles d'attraction divers du fumoir, distinct de la salle de jour.

La seule condition sur laquelle je voudrais que nous donnions un avis ferme, absolu, c'est l'impossibilité de dépasser un nombre maximum. Et cela même en cas d'encombrement. S'il est raisonnable de penser que les hôpitaux doivent être encombrés à 50 % de l'effectif, construisons des unités de 20 pour que, dans leur utilisation « normale », elles ne dépassent pas 30.

Trente me paraît en effet le chiffre admissible : pour étayer cette proposition, je voudrais fournir quelques cautions historiques et récentes : Conolly, il y a un siècle, 25 à 30 malades par quartier ; Kirkbride (*Remarques sur la construction...*, 1847) : « Le nombre des malades à réunir dans un quartier doit varier en raison de leur état ; il peut être porté à 25 dans le quartier de tranquilles et d'incurables et réduit de moitié dans les quartiers d'agités et de malades en traitement » ; Parchappe, dans une phrase excellente, ramasse tous nos arguments : « Ce n'est pas seulement l'intérêt d'une surveillance matérielle qui doit ainsi restreindre le nombre des malades confiés dans un dortoir, au réfectoire, etc..., à l'action des gardiens : cette action est d'autant plus puissante qu'elle s'exerce sur un petit nombre d'individus ; il est d'ailleurs utile que les malades se retrouvent au dortoir comme au réfectoire, comme à l'atelier, dans un état de rapprochement qui, au moyen d'une association de fait pour tous les actes de leur vie entre des individus peu nombreux, facilite l'établissement de relation d'affection et de société dont les aliénés restent capables et qui concourent à leur guérison. »

Plus près de nous, le IX^e congrès de la Fédération internationale des hôpitaux, tenu en 1955 à Lucerne, fixe, pour les services des hôpitaux ordinaires : « Dimensions des services. — Eux aussi ne doivent pas être trop grands. Certes, le nombre de lits par unité de service ne doit avoir rien de rigide, on ne peut fixer de normes formelles à ce sujet..., le plus souvent, cependant, le nombre de lits par salle (au sens d'unité de soins), se situe aux environs de 30. »

Faut-il rappeler que les experts de l'Office mondial de la santé ont adopté les mêmes chiffres. (*L'hôpital psychiatrique public*, III^e rapport, p. 32 : « Chaque unité doit être prévue pour un petit groupe de malades, environ 25 à 30, et l'on doit admettre que la majorité des malades dormira, mangera et travaillera en petits groupes de moins de 10 malades. »).

Il y a un an, la Commission des maladies mentales a adopté à l'unanimité un rapport de Daumézon, Ey, Fouquet, Hamon et Lauzier (ce dernier, comme on sait, conseiller technique du ministère en matière de construction), qui stipule : « Le malade ne sera inséré que dans des groupes délimités auxquels il pourra s'adapter et dont tous les membres puissent être personnellement connus de l'équipe d'infirmiers chargés des soins » et, en corollaire de cette proposition : « L'unité de soins confiée à une équipe d'infirmiers, de même que l'unité de travail confiée à une équipe de moniteurs, ne comportera au maximum que 25 malades. »

Mon but, en rappelant ces vérités premières, est de susciter une discussion dont les conclusions puissent peser encore sur les décisions des pouvoirs publics.

DISCUSSION

M. H. BARUK. — J'ai été vivement intéressé par l'exposé de M. Daumézon ; sans aucun doute, l'encombrement constitue la plaie la plus grave des services de psychiatrie, plaie qui paralyse les efforts thérapeutiques. Le seul moyen d'éviter cette plaie est de donner au médecin le pouvoir d'arrêter le recrutement lorsque l'effectif d'alarme est atteint.

On sait en effet depuis Pinel — et cette vérité est de tous les temps — que le classement judicieux des malades constitue le moyen fondamental qui permet de substituer à des services où l'agitation se développe en vase clos des services corrects, et humanisés. Sans le classement, il ne peut y avoir d'ordre et de paix dans les services de psychiatrie. Or, ce classement ne peut plus se faire lorsqu'il y a encombrement. Ces deux notions fondamentales marchent donc de pair.

M. P. NEVEU. — La communication de M. Daumézon est très importante. On ne peut assez insister sur la gravité des structures massives et concentrationnaires qui risquent de rendre vains tous nos efforts de thérapie biologique dans les hôpitaux psychiatriques.

L'exemple de Quimper, où un bâtiment reçoit 450 malades et un autre bâtiment 350, condamne les structures massives et le système des cours.

Nous avons envisagé, dans les études poursuivies avec M. Laborie, architecte, deux types de structure : 1° des pavillons de thérapie immédiate de 40 places divisibles en deux plans et éventuellement en quatre groupes de traitement ; 2° des pavillons de réadaptation de 20 places, construits sur le type de maisons familiales ayant à leur tête un infirmier et une infirmière, jouant le rôle de chefs de famille.

Les prix de revient de telles unités sont notablement plus bas (moins de un million du lit) que ceux des grands blocs concentrationnaires et inhumains.

Les nouvelles structures doivent tenir compte de l'évolution des thérapeutiques et de l'aspect des services. Les divisions anciennes doivent s'effacer devant les structures tenant compte de la constitution des groupes thérapeutiques. Il n'y a plus de raison de construire des pavillons d'agités ou de gâteux.

Il importe donc d'insister sur les normes réduites qui doivent être seules admises et nous approuvons entièrement M. Daumézon. Mais il conviendrait aussi d'alléger la procédure d'élaboration et de contrôle des travaux subventionnés par l'Etat pour permettre, dans les conditions souhaitables de rapidité, de réaliser de nouvelles unités de soins.

M. A. BELEY. — Je ne veux pas m'engager dans la discussion sur les diverses conceptions de maniement des groupes à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, mais je tiens à dire mon accord complet avec le D^r Daumézon sur le chiffre maximum de 30 lits qu'il propose pour une unité de soins, — tout au moins sur le plan qui est le mien, celui de l'enfant interné. La vieille notion de quartier, avec le conglomerat massif de malades qu'il représente, est devenu anti-psychiatrique. La colonie de Vaucluse, repensée et reconstruite récemment, reste basée sur cette conception, avec ses 550 garçons entassés sur une surface minuscule, un hectare à peine ; les quartiers y sont de 60 lits environ, mais ils sont tellement intriqués les uns dans les autres, avec leurs locaux communicants et leurs petites cours grillagées, que certains finissent par constituer des blocs de 180 lits, avec des enfants de catégories très diverses (par exemple salle de gâteaux alités, enkystée dans un service de scolaires).

Je viens de grouper dans un de mes quartiers, dit « médico-pédagogique », les niveaux intellectuels les moins bas, et j'ai introduit dans cette unité des infirmières éducatrices, reprenant les enfants en équipes à leur sortie de l'école. Ces équipes éducatives de 15 enfants, qui permettent d'assister à d'importantes améliorations dans les comportements, ne peuvent pas fonctionner normalement tant que, dans une même unité, les enfants éduqués sont entourés d'autres enfants de niveaux plus bas, et privés d'éducatrices. Deux équipes éducatives, parallèles dans une unité de soins de 30 lits, représenteraient une excellente efficacité.

M. G. DESHAIES. — S'il est nécessaire de fixer des limites maxima, ces chiffres n'ont pas de valeur absolue. La signification du groupe ne réside pas là. Elle dépend de la manière dont le groupe est constitué. Il peut y avoir des groupes de 5, 10 ou 30 individus ayant chacun leur valeur et qui la tiendront des groupements variés de certaines structures psychologiques et psycho-pathologiques chez les malades et dans le personnel.

Il s'agit là d'une organisation intérieure complexe qui doit posséder la plus grande souplesse et pouvoir répondre aux besoins et aux directives de médecins dont les conceptions ne sont pas toujours identiques.

M. P. SIVADON. — On ne saurait trop insister sur l'importance du problème soulevé par le D^r Daumézon. Certes, les chiffres n'ont pas une valeur absolue et les groupements humains en général, plus particulièrement ceux de malades, sont régis par une multiplicité de facteurs qui ne peuvent être mis en formules rigides.

Cependant, en ce qui concerne la densité optimum d'une collectivité, il est un critère auquel il faut se référer : c'est le nombre de personnes dont le visage, et bientôt le nom, peuvent devenir familiers en quelques semaines de vie commune. L'expérience montre que ce nombre est de l'ordre de 300. Dans telle usine de 300 ouvriers de la banlieue parisienne, il n'est pas besoin de système de pointage à l'entrée : le concierge connaît tout le monde et repère, sans difficulté, les retardataires. Dans une usine un peu plus vaste appartenant à la même Société, on est obligé d'utiliser des moyens de contrôle. Il semble que l'expérience de la plupart des chefs de collectivité s'accorde avec celle des anciens aliénistes pour considérer qu'un médecin-directeur peut difficilement connaître par son nom les quelque 500 personnes qui constituent la population (personnel et malades) d'un hôpital de 300 lits. Ce chiffre doit donc être considéré comme une limite au-delà de laquelle la collectivité se déshumanisera rapidement. Or, l'hôpital psychiatrique doit être, suivant l'expression des experts de l'office mondial de la santé, une « communauté thérapeutique » et non une agglomération de malades.

En ce qui concerne les unités de séjour, il est frappant de constater que les anciens auteurs se sont arrêtés au chiffre de 25 à 30 malades. C'est

exactement ces chiffres qui ont été retenus par les experts de l'office mondial de la santé, appartenant à des régions très diverses du globe, et qui n'avaient certainement pas en mémoire les travaux d'Esquirol, de Par-chappe ou même de Sérieux.

Une pareille unanimité dans le temps et dans l'espace, chez des auteurs ayant formé leur expérience dans des conditions aussi diverses, ne peut être l'effet du hasard.

Quant aux groupes élémentaires de malades, il semble bien qu'en dehors de leur homogénéité le nombre de leurs composants soit un des éléments essentiels de leur solidité. Les nombres premiers (3, 5, 7, 11, en particulier) paraissent correspondre aux dimensions optima des groupes de malades. Leur indivisibilité confère au groupe une de ses qualités essentielles. Etant impairs, ils favorisent les structures disymétriques, toujours plus vivantes, mais posent des problèmes architecturaux également plus complexes.

Il est certain qu'il faut se garder de systématiser. L'hôpital doit être entre les mains du psychiatre un instrument souple et offrant le maximum de possibilités. L'usage de cloisons mobiles, de rideaux coulissants, d'éléments mobiliers permettant des semi-cloisonnements temporaires, etc., doit permettre de faire de l'unité de séjour un instrument dont chaque médecin, suivant ses conceptions et son expérience personnelle, pourra tirer les effets les plus utiles.

Chaque pianiste a ses conceptions esthétiques, son style personnel, sa technique particulière. Quelle que soit la diversité des œuvres qu'il doit interpréter, il utilise un instrument dont les normes sont depuis longtemps fixées par l'expérience. L'hôpital psychiatrique est notre instrument. A chacun d'en user selon son talent. Mais il y a des normes sur lesquelles chacun s'accorde. Nous ne saurions être trop intransigeants pour exiger qu'elles soient respectées.

M. J. RONDEPIERRE. — Quand a été construite la maison de santé de Ville-Evrard, le département de la Seine a certainement voulu posséder un établissement modèle, et il s'est adressé notamment, pour le dernier pavillon édifié, à des conseillers techniques particulièrement compétents (D^{rs} Sérieux et Mignot). Hé ! bien, de chaque côté, hommes et femmes, on a un pavillon d'admission de 15 lits, et les autres pavillons étaient prévus pour 30 malades. Il est à signaler que la disposition architecturale doit tenir compte du nombre de personnel nécessaire pour ne pas entraîner de dépenses inutiles.

M. J. OULÈS. — Il convient, nous semble-t-il, de préciser qu'« unité de soins » ou « groupe de soins » n'implique pas forcément « quartier séparé » ou « pavillon isolé ». On peut créer des unités de soins dans des volumes architecturaux importants. Il y a même intérêt, croyons-nous, chaque fois que la base d'implantation de l'hôpital psychiatrique est limitée, à grouper les unités de soins distinctes dans quelques bâtiments communs (l'architecture moderne permettra certainement de trouver des formules satisfaisantes). On gagnera ainsi, sur le plan matériel, une place importante qui pourra être consacrée aux terrains de sport, aux jardins, etc..

Sur le plan moral, on évitera la distinction trop marquée entre les quartiers territorialement éloignés. Si l'unité de soins doit être limitée, il ne faut pas oublier en effet, comme y a insisté Sivadon, que les membres des divers groupes doivent se connaître et se rencontrer périodiquement. Les petits pavillons isolés, possédant chacun leur « cour », leur univers limité, risquent de favoriser des cristallisations à l'intérieur de chaque groupe, certains de ceux-ci devenant socialement plus dégradés. Les quartiers éloignés, où sont dirigés les malades turbulents ou récalcitrants, prennent ainsi souvent une valeur péjorative que l'on évite par les contacts, l'interpénétration des pavillons, bref une certaine intimité générale de tout le service.

La médecine psychiatrique et l'arrêté ministériel du 28 juillet sur le nouveau diplôme d'infirmier des hôpitaux psychiatriques, par M. Maurice LECONTE.

Quand on se trouve en présence d'un texte ou d'une mesure à prendre en matière psychiatrique, qu'il s'agisse d'assistance, d'enseignement, ou d'examens de médecine ou d'infirmiers, il convient d'examiner la chose à la lumière des principes essentiels de la médecine psychiatrique, au nombre de trois, que nous rappelons plus loin.

C'est ce qu'il est opportun de faire à l'égard de l'arrêté ministériel du 28 juillet 1955, portant réorganisation de la formation du *personnel soignant* des hôpitaux psychiatriques. (*Journal officiel* du 13 août 1955).

On remarque d'abord qu'aucune commission psychiatrique officielle ou spéciale, aucune société scientifique ou professionnelle, que le corps des professeurs des écoles départementales ne paraît en aucun cas avoir été consulté. Seule est mentionnée la « section permanente des infirmiers et infirmières du Conseil de perfectionnement des écoles d'assistants et d'assistantes du service social, d'infirmiers et d'infirmières ».

Foin, semble-t-il, de la Société médico-psychologique, de la Société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine, de la Commission de la santé mentale, des avis de la plus ancienne école départementale de la Seine et de l'école supérieure de ce département, ainsi que de l'avis de ses professeurs.

Nous n'insisterons pas, ici-même, sur les conditions des épreuves, mais sur le programme seulement. Toutefois, qu'on nous permette de regretter l'éviction totale de la pharmacie, et celle quasi certaine de l'anatomie, qui est éliminée de toute épreuve écrite et, sans doute orale, en raison des dispositions du texte.

Que penser aussi d'une admissibilité théoriquement anonyme dont la moitié des points n'est plus obtenue dans l'anonymat mais où, sur les 80 points requis, 40 peuvent être acquis d'avance grâce à la cote d'amour et une assiduité qui peut être passive : assiduité, 5 points ; cours, 5 points ; interrogation écrite, 10 points ; discussions !!!, 10 points, et stage, 10 points.

Le fait est grave pour un examen régional. A notre connaissance, aucun examen ne présente encore, en France, un mode de départ aussi sensationnel. Deux réformes plus satisfaisantes sont à noter : éviction des agents des services généraux, à qui un périlleux diplôme de complaisance était accordé, mais une porte demeure ouverte, un peu trop grande à notre avis, aux allées et venues services médicaux et services généraux. De plus, il faut prévoir l'avancement de ces agents ; organisation sur le plan régional, mais il faut savoir que tout

dépendra du jury et nous avons montré au congrès de Nice ce qu'il en pouvait être.

Outre maints autres points, qui prendraient trop de place, nous étudierons surtout ici, dans le même ordre, les différentes rubriques du programme en rappelant tout d'abord notre premier principe. « Tout ce qui rapprochera la psychiatrie de la médecine et de ses méthodes sera un bien, tout ce qui l'en écartera sera un mal. » (2).

Anatomie et physiologie. — Il est précisé qu'il s'agit de notions générales. Mais, si les soins généraux comportent une leçon sur le cancer, l'anatomie n'en présente aucune sur les tissus, et la peau n'est nulle part étudiée.

Si nous sommes en certains cas combatifs, nous ne voulons par contre aucun mal à nos contradicteurs. Aussi ne leur souhaitons-nous nullement qu'un de leurs parents se voit, à l'occasion, administrer en intradermique la prescription en sous-cutanée de 200 à 300 centi-cubes d'une solution quelconque.

Nous ne parlerons pas du plan, par certain côté assez spécial, mais le pancréas ne méritait-il pas une place à l'étude des « glandes » ? L'anatomie est d'ailleurs aussi désarticulée que le programme, car plus une leçon ne concerne l'arthrologie. L'anatomie se voit diminuée, alors qu'on se plaint de difficulté pour l'ensemble du personnel.

Hygiène. — A chacun son domaine, mais nous estimons qu'un programme qui ne donne pas une place étendue et explicite aux régimes n'est ni moderne, ni médical. Les régimes ne figurent pas davantage aux soins généraux. Et pour cause peut-être ! (5).

Soins aux malades mentaux. — Au programme 40 leçons, dont un cinquième de baratin, qui sera sans doute payé par les notes d'admissibilité. Le dépouillement médical a été poussé à son maximum et tout praticien expérimenté de la psychiatrie a le devoir de crier gare.

On note bien des leçons d'historique, de doctrine, de prophylaxie mentale, de dispensaire, que l'infirmier des hôpitaux psychiatriques n'aura guère le loisir de fréquenter, mais le plus médical, le syndrome, père de tant de séquelles psychiatriques en milieu psychiatrique fermé, la confusion mentale a totalement disparu du programme. Ce syndrome, qu'il est peut-être le plus urgent, le plus grave et le plus important de traiter précocement et correctement, est rayé des cadres nosographiques et thérapeutiques, alors que la vie en dépend souvent et que le pronostic de chronicité mentale se pose toujours. A cette seule lacune peut se juger le reste, qu'on peut dire indiscutablement « éjusdem farinæ ».

C'est là pour nous l'occasion de rappeler notre deuxième principe de la médecine psychiatrique. « Avant d'assister des invalides psychiques, il convient de prévenir l'incurabilité en dépistant les causes et en traitant médicalement au maximum des malades mentaux. » Il nous faut ajouter aussi de plus en plus, « et les empêcher de mourir ».

Passons sur les fantaisies. Nous notons qu'on veut généraliser l'usage de l'hôtesse, à qui revient l'honneur d'une leçon d'une heure. L'admission s'appelle alors l'accueil.

Mais ne croit-on vraiment pas que l'appel à l'interne n'est pas, le plus souvent, indiqué pour la plupart des entrants d'un service normal fonctionnant sans bluff ? La thérapeutique de groupe et la kermesse prennent plus de place que les thérapeutiques étiologiques. Psychologues et hôtesse sont à l'honneur. Nulle part laborantine ou diététicienne ne sont évoquées. On s'étonne de ne pas trouver place pour une leçon sur les conseillers techniques clandestins chers au Dr Tosquelles !!! (6).

L'actuel programme proposé ne constitue pas un progrès. S'il n'est pas partout une régression, il répond à une déformation, une déviation, une défiguration de la pratique médicale en matière psychiatrique.

Outre les lacunes portant sur les syndromes, le caractère étiologique de certaines psychoses n'est pas explicite. Le chapitre « la thérapeutique » montre assez bien l'absence de préoccupation médicale qui a présidé à la rédaction : convulsivothérapie, insulinothérapie, pyrétothérapie, hypnothérapie, psycho-chirurgie et psychothérapie sont les seules thérapeutiques envisagées.

Il y a bien quelque part, en anatomie, une leçon sur les courants d'action de l'électro-encéphalographie, mais il n'y a pas un chapitre spécial de chimiothérapie des troubles psychiques. L'ordre des rubriques est illogique et saugrenu, l'étude des réactions insuffisante, le peu de nosographie invoquée archaïque, lacunaire et décousue.

Il n'y a aucun accord avec l'enseignement en Faculté et la pratique actuelle de nombre de services dont le fonctionnement vaut bien celui des services sociatriques.

La démedicalisation est donc bien complète, et l'arrêté dictatorial une imprudence scientifique et un acte de regrettable intolérance doctrinale.

Comme d'autres traiteront aussi de ce sujet, comme il est inéluctable qu'un débat scientifique fasse officiellement le point un jour ou l'autre, à moins de création d'une commission réellement soucieuse d'éclairer pleinement les pouvoirs publics, nous nous arrêterons ici sur cette matière qu'il est aisé de juger dès maintenant.

Un infirmier des hôpitaux psychiatriques pourra obtenir sa nouvelle peau d'âne sans soupçonner qu'il existe des troubles psychiques toxiques ou infectieux divers, puerpéraux, endocriniens, qu'il y a des troubles psychiques traumatiques, par tumeur cérébrale, syphilitique, vasculaires, autres que les déments organiques, et qu'ils peuvent souvent être soignés étiologiquement.

L'actuel programme constitue une régression de plus de 30 ans.

Soins aux malades. — Malades et maladies disparaissent, ce qui, sans doute, explique la suite. La rubrique s'appelle « Soins généraux ».

raux » ; c'est dire ce qu'il en sera des soins spéciaux de nos agents affectés en chirurgie, urologie, oto-rhino, etc... (où est l'ancienne rubrique de petite chirurgie, et le mot même ?).

A quoi bon, cette fois, insister sur des points de détail quand nous aurons dit que les affections d'ordre médical sont globalement effacées du programme. On cherchera en vain une seule leçon sur les maladies des divers appareils. Plus de leçon sur les maladies des voies respiratoires, des voies digestives. Pas de rubrique sur les maladies de cœur et des vaisseaux. Existe-t-il même des hypertendus et des accidents de l'hypertension ? ; voies génitales, système nerveux, sont aussi discrètement traités. Le mot neurologie, les affections neurologiques ne sont nullement signalés à l'attention de quiconque.

Et nos services, qui d'ailleurs tournent sans cesse à l'hospice du fait même de la politique passée et actuelle de ceux qui étranglent la médecine psychiatrique, voudraient devenir libres ou ouverts et leurs chefs qualifiés de neuro-psychiatres.

Pas un juge ne sera en droit de demander à une élève, pas un chef de service ne sera en droit de demander à une surveillante de demain ce qu'est une hémiplégie, une paraplégie, un parkinsonien, une encéphalite léthargique.

Mais, en définitive, de quoi meurent donc nos malades dans nos services, et cela dans des pourcentages d'autant plus élevés que la technique médicale y est inférieure ?

La démedicalisation du personnel infirmier est, là aussi, patente. On a le droit de devenir songeur lorsqu'on a pu entendre, en 1955, de la bouche d'un collègue, que le meilleur infirmier du dernier établissement auquel il appartenait était illettré !!!

Evoquons donc notre troisième grand principe : « La conduite d'un service fermé de psychiatrie est doublement médical : d'une part, parce que les troubles psychiques des malades mentaux sont essentiellement de causes médicales, et, d'autre part, parce qu'ils présentent nombre de maladies, intercurrentes ou non, à traiter médicalement. »

Pharmacie. — Le pharmacien disparaît du jury. La petite pharmacie disparaît totalement du programme. La pharmacie sociale est en marche. C'est à croire que les protagonistes de cette disparition n'ont jamais lu certains cahiers de pharmacie, ouï-dire de certains drames provoqués par des erreurs qui ne se résolvent pas toujours de la même façon satisfaisante que les cas d'hyperdosage rapportés (7) récemment par notre collègue Boittelle à l'hôpital de Lorquin.

Notre ami Beley, au colloque de Sainte-Anne de ce même mois sur la chlorpromazine, a rapporté un cas édifiant d'erreur qui aggrava l'état d'un enfant chez lequel six mgr. de serpasil furent administrés, au lieu de six dixièmes de mgr. prescrits.

Qu'on se rappelle aussi le cas mortel d'Amiens, et l'on ne discutera

plus de la nécessité d'une bonne formation hospitalière générale et de la petite pharmacie de notre personnel.

Le pharmacien, bête noire des candidats de deuxième année, est devenu le bouc-émissaire du jury. N'avait-il pas l'expérience et le droit suffisant de continuer à siéger à côté des représentants du personnel introduits dans le jury ?

La disparition du programme de pharmacie de l'arrêté semble donc bien une suppression délibérée de la matière.

On peut donc dire qu'il est juste d'innocenter à l'avance le chef de service dans lequel se produira le premier décès par maladresse, inobservation des règlements ou imprudence en matière de pharmacie.

Le silence de l'arrêté signifierait-il qu'il n'existe pas de sociatres en pharmacie ? Rappelons, néanmoins, pour fixer les idées sur l'opération en cours, que sont ainsi éliminés du jury des chefs de service qui tous, dans la Seine, enseignaient à la Faculté de pharmacie. Il est vrai qu'ils sont remplacés par des agents du personnel. Au moment où, des différents côtés certains services demandent l'inscription du largactil parmi les maladies professionnelles, il serait peut-être utile de continuer l'enseignement sur les propriétés chimiques et la manipulation de certains corps.

Administration. — Edulcorée, amenuisée, on devient assuré qu'elle n'encombrera plus les cervelles. Nous estimons que seule une commission, non truquée, de directeurs administratifs qui enseignent l'administration et de médecins-directeurs associés à d'autres personnalités qualifiées du point de vue médico-administratif, pourrait émettre un avis favorable sur ce programme, qui n'est d'ailleurs pas même un fidèle digest. On ne s'en plaindrait guère toutefois, si la partie médicale était sauve. Pour nous, il s'agit d'un sabotage de la réelle culture médicale et hospitalière de notre personnel.

Sans doute, est-ce une assurance qu'à celle de l'école dite asilaire pourra se substituer la propagande de l'école sociatrique, d'où un historique prenant place dans les soins aux malades mentaux et non plus dans le cadre de l'assistance publique. Il faudra donc continuer de combattre pour la médecine psychiatrique. C'est la raison de cette communication que nous résumerons en quelques points.

Conclusions. — 1° L'arrêté du 28 juillet constitue un acte sociatrique de démedicalisation de la psychiatrie française au sein du personnel des hôpitaux psychiatriques. Il est à rapprocher de la tentative de suppression de la pathologie interne au médicament des hôpitaux psychiatriques (1) et de celle effective du système nerveux périphérique à l'internat (2) de la Seine.

2° Le manque d'unité du programme, son insuffisance étiologique en psychiatrie, ses lacunes médicales en matière de soins généraux imposent d'urgence sa révision.

3° Il correspond, programme et conditions d'épreuves réunis, à une

dévaluation du diplôme d'infirmier malgré le passage à l'échelon régional. Cette dévaluation de 75 % risque fort de coûter à l'élite déjà diplômée de notre personnel un déclassement, immérité pour beaucoup, un jour prochain.

4° Il repose sur une conception de la psychiatrie, qui n'a pas recueilli l'assentiment d'un nombre important de psychiatres de qualité bien que n'ayant pas recours à la propagande dans les sphères journalistiques, politiques ou administratives.

5° C'est un acte dictatorial qui ne s'est pas enquis des garanties nécessaires d'une étude soigneuse, objective et impartiale.

6° Dans la Seine, il va constituer un décalage avec l'Ecole supérieure, pourtant considérée officiellement pour modèle, et son éventuelle application serait alors regrettable pour l'unité qui présidait actuellement à l'enseignement dans les établissements de ce département.

7° Malgré l'amorce d'une politique de cadres, tant réclamée par nous, tant attendue par beaucoup sans doute, qui sera trop tardive, une fois le diplôme de base dévalué, la circulaire d'application n° 124 du 20 septembre 1955 ne parle pas du programme et n'apporte pas les apaisements souhaités des chefs de service soucieux des problèmes d'une médecine psychiatrique de qualité et de technique scientifique.

L'administration devant mettre à notre disposition des infirmiers qualifiés en médecine générale et en psychiatrie, règlement et arrêté doivent être remaniés, et nous nous permettons de prier respectueusement M. le ministre de la santé publique de bien vouloir étudier favorablement notre requête.

Nous sommes en droit de constater que, ni au congrès de Nice, ni à la Société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine, dans sa séance du 4 octobre 1955, aucun médecin ne s'est posé en défenseur du nouvel arrêté et du nouveau programme puisque la demande du syndicat C.F.T.C., sur proposition du secrétaire de la Société, a été satisfaite et qu'une Commission sera désignée pour étudier les requêtes de ce syndicat.

REFERENCES. — 1. M. LECONTE : A propos d'une nouvelle tentative de suppression de l'épreuve de pathologie médicale au concours du médecin des hôpitaux psychiatriques. *La gazette des hôpitaux*, 10 juin 1955. — 2. LECONTE (M.) : Le concours de l'internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine. *La science médicale pratique*, numéro de novembre et décembre 1953. — 3. LECONTE (M.) : La formation du personnel infirmier. Documents destinés aux médecins non consultés et aux responsables de bonne foi. *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*, Nice, septembre 1955. — 4. LECONTE (M.) : La formation du personnel infirmier. L'expérience d'un hôpital psychiatrique de province. *Congrès de Nice*, 1955. — 5. LECONTE (M.) : Un objectif permanent de la médecine psychiatrique. L'instauration d'une diététique convenable dans les hôpitaux psychiatriques. *Congrès de Nice*, septembre 1955. — 6. *L'évolution psychiatrique*, juillet 1952 (compte rendu de la réunion du 9 septembre 1951, à Bonneval, sous la présidence des Docteurs AUJALEU et H. EY). — 7. G. BOITTELLE, Cl. BOITTELLE-LENTULO, A. ANTOINE et J. FORGET : Traitement des états dépressifs de l'homme, par de fortes doses de propionate de testostérone. *Annales médico-psychologiques*, tome 1, n° 4, avril 1955.

**L'enseignement des infirmiers des hôpitaux psychiatriques
et l'arrêté du 28 juillet 1955, par le professeur agrégé H.
BARUK.**

L'arrêté du 28 juillet 1955 concernant la formation du personnel soignant dans les hôpitaux psychiatriques établit un plan complet des leçons à faire aux futurs infirmiers de ces hôpitaux. Ce plan comporte diverses lacunes, qui ont besoin d'être comblées si l'on veut éviter de faire échouer le but qu'on se propose, et de désorganiser des enseignements déjà en cours depuis de longues années dans un ensemble d'hôpitaux psychiatriques suivant des principes et des méthodes qui ont fait leur preuve.

Notons ainsi quelques-unes des lacunes ou des erreurs de principe.

1° L'arrêté prévoit un enseignement spécial de la nosographie psychiatrique. Cet enseignement n'est-il pas plus du domaine du médecin que de celui de l'infirmier. Ne risque-t-il pas de détourner l'infirmier de ses tâches essentielles, pour l'entraîner vers l'orgueil stérile de poser des étiquettes prétentieuses et des pronostics arbitraires ? Ces connaissances théoriques sont d'ailleurs elles-mêmes en perpétuelle évolution et risquent de faire perdre le contact de l'infirmier avec le malade et de lui faire prononcer des paroles malheureuses qui peuvent ruiner la confiance des malades ou des familles. Nous savons l'énorme danger que comporte la demi-science, sans une expérience médicale très approfondie.

2° Par contre, il serait d'une extrême importance de développer à fond l'étude des tâches fondamentales de l'infirmier psychiatrique, tâches qui bien souvent décident de la guérison ou de l'aggravation.

Savoir comprendre le malade et ne pas se borner à contenir les réactions de façon extérieure, et avec des méthodes policières.

Eviter vigoureusement les brimades, les sanctions, ou les mauvais traitements appliqués par des infirmiers. Cette éducation, déjà réclamée par Pinel, est de toutes les époques, et le regretté inspecteur général Raynier, tout près de nous, y insistait spécialement.

Le tact et la justice dans la résolution des conflits, condition première de la paix des services.

Eviter les moqueries, cette plaie n° 1 des services mal tenus.

Eviter les discriminations, soit pour des raisons de sympathie ou d'antipathie, soit pour des raisons sociales, nationales, religieuses ou autres, prescription plus impérative que jamais dans notre époque.

Eviter les tromperies et les fausses promesses, qui provoquent les désillusions et accentuent les délires.

Eviter les paroles déplacées, soit auprès des malades, soit auprès des familles.

Connaître les principes essentiels du classement, qui constitue la

pièce angulaire de l'organisation des services de malades mentaux, classement dans lequel l'infirmier, par des observations judicieuses, peut aider grandement le médecin.

L'infirmier doit être éduqué afin de savoir qu'en aucun cas il n'a le droit d'appliquer des sanctions, ni d'appliquer des moyens de contention.

Ce sont là des questions vraiment vitales pour les hôpitaux psychiatriques.

3° Il serait utile aussi de compléter les indications données sur les tâches essentielles de surveillance et d'observation qui incombent à l'infirmier.

L'infirmier doit savoir observer avec exactitude les cas de rixes ou de conflits, décrire les faits impartialement, et rédiger un rapport, travail très délicat. Cette question doit faire l'objet de leçons spéciales.

L'infirmier doit savoir assurer les soins d'urgence et appeler l'interne de garde, et le médecin en cas de coups et blessures. Le chapitre coups et blessures doit être spécialement traité.

Il doit savoir avoir une attitude correcte, intelligente, et le sang-froid nécessaire devant l'agitation, les impulsions. C'est là une véritable science à enseigner. Elle est sans doute indiquée dans le chapitre VI de l'arrêté, mais insuffisamment précisée.

Il doit savoir prévoir les réactions. Il est bien évident, pour celui qui a l'expérience des services de psychiatrie, qu'assez souvent les malades laissent prévoir par leurs paroles leurs intentions de suicide ou d'agression. L'infirmier, par ses soins et son attention, peut ou bien prévenir ces accidents, ou par son inexpérience laisser s'accomplir des catastrophes et avoir des morts sur la conscience. On voit ici l'enjeu de l'enseignement correct du personnel.

La question des rapports de l'infirmier avec les familles est non moins essentielle, et doit être traitée à fond et par des leçons appropriées.

La formation morale de l'infirmier est capitale. Nous commençons souvent la série de cours par ces questions morales et par l'exposé des devoirs de l'infirmier. Les oublier est inadmissible.

4° Il faut aussi compléter largement le programme médical, qui n'est pas assez précisé.

Ces lacunes ont déjà été exposées par le D^r Leconte.

Ajoutons que si une leçon est prévue pour la psycho-chirurgie, méthode thérapeutique qui, quelle que soit l'opinion que l'on professe pour cette méthode discutée, n'est nullement du ressort de l'infirmier, on a oublié d'apprendre aux infirmiers les soins des furoncles et des anthrax, si courants dans tous les services de psychiatrie, les problèmes fondamentaux de l'alimentation, la prophylaxie du refus d'aliments, et surtout du gâtisme et des escarres, la prophylaxie des déchireurs, problème essentiel dans un service de psychiatrie, les

urgences abdominales d'une importance vitale, les mesures à prendre en cas de corps étrangers des voies aériennes, etc...

Qu'on nous permette quelques exemples concrets pour faire saisir sur le vif l'importance de tels problèmes, qu'on ne peut oublier. Un jour, à Saint-Maurice, notre surveillant nous téléphone à six heures du matin, nous demandant de venir voir un malade souffrant du ventre. Nous y allons aussitôt. Nous constatons un syndrome péritonéal aigu. L'interne de garde était passé avant nous, et hésitant, avait dit qu'il repasserait dans une heure. Ce délai avait inquiété notre surveillant, qui avait été frappé du faciès du malade, de la rapidité de son pouls et de son « ventre de bois ». Devant ce tableau clinique, nous disons au surveillant d'appeler immédiatement la voiture pour conduire le malade d'urgence en chirurgie. Il nous répondit cette phrase héroïque : « Monsieur c'est fait, la voiture est prête. » Grâce à ce flair clinique de mon surveillant, le malade a été opéré à temps de la perforation d'un ulcus gastrique et sauvé !

Quant aux corps étrangers des voies aériennes, que l'on observe de temps en temps dans les services de psychiatrie chez des malades gloutons, on sait que le corps étranger reste très souvent à l'entrée du larynx, et que si on ne l'enlève immédiatement avec le doigt, le malade meurt. Souvent, on n'a même pas le temps d'appeler l'interne ou le médecin. Rappelons que notre père, le Dr Jacques Baruk, lorsqu'il était directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Gemmes, avait appris à ses infirmiers à faire la manœuvre nécessaire et qu'ainsi des vies humaines ont été sauvées.

Nous pourrions multiplier les exemples.

Ces quelques faits nous montrent que le programme qui nous est présenté ne satisfait pas assez les nécessités psychiatriques, ni les nécessités médicales, car il est orienté dans un sens trop théorique, et trop éloigné des impératifs pratiques quotidiens, relatifs au rôle de l'infirmier.

Il doit donc être d'urgence remanié, complété et modifié en accord avec l'expérience des médecins des hôpitaux psychiatriques.

DISCUSSION

M. M. BERGERON. — pense que la communication de M. H. Baruk et celle de M. Leconte sont d'une extrême importance pour l'avenir.

D'une part, il convient de souligner, comme M. Daumézon vient de le faire, les dangers présentés par le jury régional proposé. Mais il y a bien d'autres critiques à faire sur les conditions et les diverses modalités du nouveau diplôme.

En second lieu, le programme doit être complété, car il comporte des lacunes, des oublis graves. Certains souhaitent qu'il ne soit pas trop rigide. Encore faut-il qu'il soit suffisamment homogène et précis pour ne pas entraîner des ambiguïtés qui ne pourraient qu'être préjudiciables aux candidats.

Enfin, il faut suivre M. Baruk quand il demande à la Société de se saisir de cette question essentielle. Une commission doit être désignée pour tenter, par ses suggestions, de remédier à cet état de choses.

M. G. DESHAIES. — J'adopterais volontiers les principales critiques de M. Leconte et même de M. Baruk, mais, en pratique, j'inclinerais davantage vers la position adoptée par M. Daumézon.

Il faut, je crois, bien distinguer la forme et le fond. La forme du programme d'enseignement devrait préciser seulement les têtes de chapitre et non pas fixer, d'une manière à la fois rigide, incomplète et inadéquate, tous les détails qui relèvent du fond même de l'enseignement. Il appartient aux enseignants de développer ce qu'ils jugent utile.

Bien entendu, il ne s'agit pas de transformer les infirmiers en médecins, et moins encore en moralistes.

Nomination d'une commission

A la suite de la discussion de la communication de M. H. BARUK, discussion à laquelle prennent également part MM. H. BARUK, G. DAUMÉZON, P. NEVEU, la Société décide de nommer une *commission* chargée de donner son avis sur l'arrêté ministériel du 28 juillet 1955. Les conclusions seront apportées à une prochaine séance. MM. FR. ADAM, H. BARUK, G. DAUMÉZON, M. LECONTE, P. NEVEU et R. PERROT sont désignés comme membres de cette commission.



Election d'un membre associé étranger

Après lecture du rapport de M. G. DESHAIES, au nom d'une commission composée de MM. J. DELAY, P. MASQUIN et G. DESHAIES, rapporteur, M. Pierre SCHNEIDER, médecin-chef de la clinique universitaire de Lausanne, est élu *membre associé étranger*, par 23 voix sur 23 votants.

Election de membres correspondants nationaux

Après lecture du rapport de M. J. RONDEPIERRE, au nom d'une commission composée de MM. P. DELMAS-MARSALET, Paul ABÉLY et J. RONDEPIERRE, rapporteur, M. le médecin-commandant R. COIRAULT, médecin-chef du service neuro-psychiatrique du Val-de-Grâce, est élu *membre correspondant national*, par 23 voix sur 23 votants.

Après lecture du rapport de M. Xavier ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. J. DELAY, Paul et Xavier ABÉLY, rapporteur, M. Jacques PUECH, médecin de l'hôpital psychiatrique de Prémontre, est élu *membre correspondant national*, par 23 voix sur 23 votants.

Prix de la Société médico-psychologique

Le secrétaire général rappelle que les candidats aux *prix* EVENSEN, RITTI et AUBANEL doivent lui adresser leur demande ou leur manuscrit dans un bref délai.

La séance est levée à 18 heures 45.

Le secrétaire général :
Xavier ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 9 juin 1955

Présidence : M. P. MATHIEU, président

Perturbation du tracé électro-encéphalographique dans l'énurésie,
par MM. P. DURAN, M. FAVIER, P. JUDEAU, P. JUILLET et J. GIBERT.

Après avoir rappelé les travaux de Turton^{*} et Spear, Gumarson et Melin, les auteurs étudient 50 observations de jeunes soldats atteints d'énurésie, sans affections concomitantes, ni signes cliniques de comitialité. Toute étiologie organique étant éliminée, l'électro-encéphalogramme a été systématiquement pratiqué. Sur ces 50 observations, 14 tracés normaux chez des sujets dont un seul était porteur de spina-bifida. Sur les 36 tracés pathologiques, 10 sujets étaient porteurs de spina-bifida. Dans 11 cas, au tracé de repos, existaient des anomalies de la série comitiale : pointe-onde, polypointes-ondes, bouffées de polypointes. Dans 20 autres cas, les tracés de repos comportaient de courtes bouffées synchrones de rythme thêta. Mais dans plus de la moitié des cas, à l'hyperpnée, les anomalies comitiales étaient caractéristiques. Donc, chez des énurétiques de 20 à 22 ans, fréquence des anomalies de tracés électro-encéphalographiques (36 perturbés sur 50 dont 20 nettement comitiaux) et coexistence presque constante de spina-bifida et des perturbations des tracés électro-encéphalographiques (10 cas sur 11).

Sur 2 cas de syndrome de l'artère cérébelleuse supérieure (ou de ses branches), par M. Paul COSSA et M^{me}. Suzanne RICHARD.

Deux cas de ce syndrome, assez rare (35 cas publiés). Les auteurs discutent les critères cliniques proposés pour distinguer le syndrome de l'artère de celui de ses branches. Ils se demandent si cette distinction est vraiment possible sur le plan clinique.

A propos de l'hypertonie de décérébration après les traumatismes crâniens, par MM. J. GUILLAUME, R. ROGÉ et M. ROUZAUD.

La décérébration n'est pas obligatoirement l'indice d'une lésion du tronc cérébral ; elle peut se voir comme conséquence d'une lésion à distance. L'emploi des stabilisateurs chimiques dont l'intérêt est indiscutable, peut rendre encore plus difficile le diagnostic de lésion initiale, mais cette technique permet d'effectuer d'une façon moins risquée une exploration cérébrale dans les lésions intra-axiales, qui doit porter sur la convexité et aussi sur la fosse postérieure.

Parkinson post-encéphalitique avec atrophie musculaire et hémianesthésie, par MM. G. BOUDIN et J. BARBIZET.

Malade chez lequel une encéphalite, à 46 ans, a laissé un syndrome parkinsonien grave sur lequel se sont greffés successivement des troubles particuliers de la voix (neuf ans après), une amyotrophie de la main droite et abolition des réflexes (dix ans après) et une hémianopsie proportionnelle à tous les modes (onze ans après). Les auteurs soulignent que si les amyotrophies par atteinte du protoneurone ont été fréquemment constatées après l'encéphalite épidémique, les troubles sensitifs, subjectifs, par contre, sont exceptionnels.

Torticolis spasmodique au cours d'un traitement par l'isoniazide coïncidence ou conséquence ? par MM. M. BONDUELLE et P. BOUYGUES.

Apparition d'un torticolis spasmodique chez un tuberculeux pulmonaire traité par l'isoniazide. La suppression du traitement, l'administration des anti-parkinsoniens n'a pas amené d'amélioration. Les auteurs soulèvent l'éventualité d'un rôle de l'isoniazide dans l'apparition de cette affection neurologique.

Hématomyélie spontanée, épiphénomène d'un angiome latent, par MM. R. THUREL et R. VILLEY.

Syndrome de myélite ascendante évoluant vers la mort en dix jours. A l'examen anatomique : hématomyélie de la moelle dorsale secondaire à un angiome caverneux resté latent jusqu'à l'hémorragie.

La sciatique paralysante. Hypothèse pathogénique. Considérations thérapeutiques, par MM. J. GUILLAUME, S. de SÈZE, G. MAZARS et J. DESPROGES.

A l'occasion d'une sciatique paralysante, les auteurs ont observé, à l'intervention, des modifications du calibre des vaisseaux, qui leur paraît être en rapport avec une anomalie vasculaire ; celle-ci est capable d'entraîner une ischémie d'une racine ou même du cône terminal et curable par une décompression précoce.

Altérations importantes du tracé électro-encéphalographique dans un cas de porphyrie aiguë traité par la chloropromazine, par MM. P. DURAN, J. VAILHE, P. JUDEAU, P. JUILLET, J. BERNOT et J. GIBERT.

Observation de porphyrie aiguë avec modifications de l'électro-encéphalographie, dans laquelle l'administration de 4560 par voie intraveineuse et sur-

tout *per os* a entraîné la guérison clinique. La régression des signes électriques a été plus lente et il persiste des anomalies un an après. Les auteurs insistent sur l'action supérieure de la voie *per os* sur la voie intraveineuse.

Essai séméiologique sur le bruit musculaire, par M. V. NERI (Bologne).

Enregistrements du bruit musculaire déjà connu depuis Grimaldi par méthode électro-phonographique. L'auteur présente les tracés qu'il obtient à l'état normal et dans les différents états neuro-musculaires.

Spongiose disséminée de l'encéphale évoluant par poussées chez un enfant malgache (des rapports éventuels de ce syndrome avec l'encéphalite subaiguë de Gayet-Wernicke), par MM. R. GARCIN, J. GRUNER et St. GODLEWSKI.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 1^{er} octobre 1955

Présidence : M. Ch. ROUVROY, président

Agnosie visuelle optico-spatiale avec hémianopsie en quadrant résiduelle, par MM. J. DE BUSSCHER, G. HOFFMANN et J. KLUYSKENS.

Relation du cas d'un homme de 62 ans, intellectuel bilingue, qui, à la suite d'un ictus sans perte totale de connaissance, accompagné de graves troubles visuels, présente un syndrome d'agnosie dissociée extrêmement curieux : il reconnaît les objets inanimés mais non leurs rapports dans l'espace ; il ne reconnaît pas les objets animés, même pas les membres de sa famille, sauf à leur voix. Il ne reconnaît plus les couleurs, sauf le blanc et le noir. Il y a perte de la notion de perspective, le sujet marche à tâtons et se perd dans sa propre maison. Il reconnaît cependant très bien tous les objets, les lettres, les chiffres. Il calcule, il écrit. Il existait, au début, une hémianopsie gauche et un scotome hémianopsique paracentral droit. Les auteurs exposent l'évolution des troubles et en discutent la pathogénie en rapport avec les connaissances actuelles sur le rôle des aires 17 et 18 de Brodmann, de la dominance cérébrale et des fibres commissurales.

A propos des troubles psychiques survenant au cours du traitement à la cortisone, par M. E. DUMONT.

Relation du cas d'un homme de 48 ans souffrant, depuis deux ans, de troubles de la démarche et de troubles sphinctériens. Il fut suspecté de sclé-

rose en plaques et traité d'abord au rimifon puis à la cortisone. Son état mental s'altère progressivement : graphorrhée, hyperactivité désordonnée, euphorie, propos érotiques et orduriers, déficit intellectuel, allure clinique de paralysie générale. Une ponction lombaire confirme ce diagnostic. L'auteur discute le rôle possible des traitements sur l'apparition rapide des troubles psychiques dans ce cas de syphilis médullaire méconnue. Il rappelle, à ce propos, les troubles psychiques de type maniaco-dépressif ou paranoïde que l'on peut voir survenir au cours des traitements à la cortisone, et dont le pronostic est généralement favorable.

J. LEY.

Société belge de neurologie

Séance du 1^{er} octobre 1955

Présidence : M. J. DE BUSSCHER, président

Electro-myographie des muscles extrinsèques des yeux chez l'homme, par M. J. MOLDAVER (de New-York), agrégé de l'Université de Bruxelles.

Les premières expériences de l'auteur ont été pratiquées sur cinq médecins qui ont bien voulu servir de sujets. Après anesthésie locale, une électrode coaxiale est introduite dans les différents muscles à étudier, ce qui ne détermine aucune réaction désagréable. Les lois d'innervation et d'inhibition réciproques, soit d'un œil, soit des deux yeux, ont pu être étudiées. Les unités motrices de ces muscles sont infiniment plus petites et plus simples que celles des autres muscles squelettiques. Les courants d'action sont de durée extrêmement courte. On constate que, contrairement aux autres muscles squelettiques, les muscles oculaires ne sont jamais au repos.

Les nystagmus spontanés, vestibulaire et optokinétique, ont été étudiés sans difficultés. Des nystagmus d'une durée de 20 millisecondes et souvent moindres ont pu être enregistrés. Les applications pratiques de cette technique se sont déjà montrées extrêmement utiles dans les cas de lésions des nerfs de ces muscles. Des phénomènes de fibrillation dus à la dénervation ont pu être enregistrés. Des parésies résultant d'adhérence intra-orbitale ont pu aussi être décelées par cette technique.

Plusieurs cas d'exotropie intermittente ont été étudiés. Dans cette forme de strabisme, il s'agit d'un phénomène actif qui fait dévier l'œil atteint, ce qui permet de croire à l'existence d'un centre de divergence au même titre qu'il existe un centre de convergence.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XX^e Réunion neurologique internationale

(Paris, 7-8 juin 1955)

Présidence : M. P. MATHIEU,
président de la Société française de neurologie

La XX^e réunion neurologique internationale a eu lieu le 7 et le 8 juin 1955, dans l'amphithéâtre de l'école des infirmières, à la Salpêtrière, avec une importante participation de neurologistes français et étrangers. Son thème était : « *les aspects neurologiques des maladies diles du collagène* », traité sous la direction de M. R. Garcin.

Cette réunion a coïncidé avec la séance solennelle de remise d'un *livre jubilaire* à M. ANDRÉ-THOMAS, le 8 juin, dans l'amphithéâtre de l'école des infirmières. Des allocutions ont été prononcées par MM. Pierre MATHIEU, président de la Société française de neurologie, M.-A. DURUPT, au nom des anciens élèves du D^r André-Thomas, L. VAN BOGAERT, au nom des neurologistes étrangers, A. BAUDOUIN, au nom de l'Académie nationale de médecine, G. GUILLAIN, qui présidait la séance, et a remis le livre jubilaire à M. André-Thomas. La cérémonie s'est terminée par la réponse de ce dernier.

L'après-midi du même jour eut lieu, à l'Hôpital Saint-Joseph, à l'entrée de la consultation de neurologie, l'inauguration d'une plaque portant le nom du D^r André-Thomas. Des allocutions furent prononcées par MM. J. GÉNÉVRIER, médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Joseph ; M. BONDUELLE, chef du service de neurologie de cet établissement ; Mgr BLANCHET, recteur de l'Institut catholique de Paris. Après la réponse de M. ANDRÉ-THOMAS, une réception a été offerte par l'Hôpital Saint-Joseph.

RAPPORTS

Considérations générales sur les maladies du collagène,
par M. Raymond GARCIN (de Paris).

Défini par Klemperer, le terme de maladie du collagène désigne certaines affections avec atteinte diffuse du tissu conjonctif et dont la lésion fondamentale est une altération fibrineuse du collagène. D'abord appliqué au

lupus érythémateux disséminé et à la sclérodermie, ce vocable s'est, depuis, étendu à d'autres maladies comme la dermatomyosite et la polyarthrite chronique évolutive. Certains rapprochements avaient déjà été faits avec la périartérite noueuse et le rhumatisme articulaire aigu. Pautrier, avant Klemperer, avait d'ailleurs établi les bases d'une pathologie du collagène dans les affections de la peau. Klinge, à cause de la ressemblance de ces lésions fibrinoïdes avec les processus d'hyper-sensibilisation, avait groupé certains syndromes sans fondement allergique.

On a critiqué le terme de maladie du collagène devenu, pour certains, synonyme de maladie du tissu conjonctif. D'autre part, l'atteinte du tissu collagène n'est pas diffuse, mais multifocale (Cazal et Izarn). Même dans la périartérite noueuse, elle reste cantonnée à l'arbre artériel. La dégénérescence du tissu conjonctif n'est peut-être pas le phénomène essentiel et initial. De très nombreux facteurs peuvent réaliser la turgescence fibrinoïde.

Plus récemment, une autre base commune a été recherchée : une dysgammaglobulinémie. Peut-être est-elle artificielle.

L'évolution du concept de maladie du collagène a, au moins, amené un développement de l'étude du tissu conjonctif, de la sclérose et de son déterminisme. Le tissu conjonctif n'est plus considéré comme un « tissu d'emballage » (Pautrier), mais comme une substance plastique, remaniée sans cesse, avec circulation d'eau, d'électrolytes et de substances intermédiaires du métabolisme, formant une partie du milieu intérieur.

Le système nerveux central ne contient pas de collagène. Les complications neurologiques des maladies du collagène sont provoquées par des altérations vasculaires et accessoirement méningées (périartérite noueuse, lupus érythémateux disséminé).

Nombreux sont les facteurs pouvant réaliser la dégénération et la nécrose fibrinoïde du collagène. Des conceptions pathogéniques diverses, pleines d'incertitudes, ont cherché à expliquer la périartérite noueuse, la dermatomyosite et le lupus érythémateux disséminé. Facteurs infectieux, allergiques, endocriniens, réactions immunologiques à une auto-agression, état dysenzymatique, ont été invoqués.

Sur le plan clinique, ces maladies doivent rester distinctes. Leurs points communs, ce sont certaines formes de passage entre elles (entre dermatomyosite et sclérodermie, entre dermatomyosite et lupus érythémateux disséminé, principalement). Pour le reste, tout les sépare.

Les aspects neurologiques de la périartérite noueuse, par MM. H. ROGER, Y. POURSIDES et J. ROGER (de Marseille).

Les auteurs ont étudié : la pathologie générale des lésions vasculaires de la périartérite noueuse, les aspects anatomo-cliniques des diverses manifestations neurologiques (systèmes nerveux périphérique et central, système musculaire), envisageant séparément données cliniques et données anatomiques.

Isolée en 1866 par Kussmaul et Maier, l'affection comporte des symptômes viscéraux, des nodosités cutanées éruptives et, parfois, des manifestations musculaires et nerveuses. L'élément essentiel est une artérite évoluant en plusieurs stades : atteinte primitive de la média (dégénérescence fibrinoïde), puis réaction inflammatoire de toutes les couches du vaisseau avec oblitération de la lumière, enfin, stabilisation cicatricielle avec parfois res-

tauration du vaisseau. Cette lésion crée les « nouures » typiques. On a fait entrer la maladie dans le groupe des vasculopathies par hypersensibilité.

Les aspects neurologiques ont un fonds commun. Celui-ci existe d'ailleurs, même en l'absence de complications nerveuses spécifiques. Il s'agit d'une asthénie générale et d'algies multiples et tenaces. L'évolution est subaiguë ou lente, fébrile ou non.

a) *Manifestations névritiques* : les plus fréquentes. Tantôt c'est une « mononévrite multiple », avec signes sensitivo-moteurs, évolution par poussées, distribution irrégulière sans symétrie. Tantôt c'est une polynévrite, peut-être moins symétrique que les polynévrites infectieuses ou toxiques. La vascularite segmentaire est très fréquente dans toutes les formes de périartérite noueuse. Les lésions nerveuses sont, soit des foyers d'ischémie, soit des atteintes plus diffuses.

b) *Manifestations encéphalo-méningées* : soit terminales, soit en cours d'évolution.

Les premières (crises convulsives, encéphalopathie hypertensive, hémorragies cérébro-méningées) viennent de l'atteinte viscérale.

Les autres sont diverses : hémiplégies rapides, syndrome de méningo-encéphalite disséminée progressive ou rémittente (pouvant simuler une tumeur cérébrale ou une paralysie générale), syndrome à prédominance méningée. Leur diagnostic est très difficile en dehors de la biopsie musculaire. L'atteinte spinale est fréquente.

Anatomiquement, il y a des lésions vasculaires spécifiques des artérioles corticales, des lésions banales d'artériolite, de capillarite, des lésions parenchymateuses de nécrose surtout corticale, d'hémorragies ou de ramollissements, plus certaines atteintes polymorphes de l'encéphale.

c) *Manifestations du système musculaire* : diverses — avec lésion inflammatoire (prolifération de l'endomysium), atteinte vasculaire, parfois ischémie, atrophie fasciculaire. On peut voir des poussées de myosite subaiguë ou chronique.

Les polymyosites par MM. Raymond GARCIN, J. LAPRESLE, J. GRUNER et J. SCHERRER (de Paris).

Le terme de polymyosite doit être réservé aux formes où les manifestations cutanées manquent.

Le trait clinique essentiel est la prédominance de l'atteinte à la racine du membre. C'est une affection à laquelle il faut souvent penser, devant des syndromes pseudo-polynévritique, pseudo-myasthénique ou myopathique atypique.

Décrite par Wagner en 1863, elle a été divisée par certains en : forme aiguë (type Unverricht-Wagner) et forme chronique (type Petges). L'étiologie est mal connue. De nombreux facteurs ont été incriminés ; la coexistence d'une tumeur maligne est assez fréquente.

Après un début ordinairement progressif, douleurs et faiblesse musculaire sont les signes essentiels. L'atteinte musculaire est bilatérale et symétrique, à prédominance rhizomélitique. Les muscles sont douloureux, avec parfois contracture. Dans les formes chroniques, les douleurs peuvent manquer. Il y a souvent dysphagie, troubles des muscles du voile du palais, des muscles respiratoires, de la motilité oculaire. Les signes cutanés consis-

tent surtout en érythème des paupières et œdème péri-orbitaire. La poikilodermie se voit dans les formes chroniques. Des signes généraux sont habituels : arthralgies, fébricule, amaigrissement, polyadénopathies, modifications de volume du foie et de la rate, troubles digestifs. La vitesse de sédimentation est le plus souvent accélérée. Le liquide céphalo-rachidien est normal. Des troubles rétinien sont possibles.

De nombreuses formes cliniques ont été décrites : dermatomucomyosite d'Oppenheim, polymyosite œdémateuse de Bergouignan, polymyosites avec calcifications, érythrœdème myasthénique de Milián, polymyosites hémorragiques, polyneuromyosites (assez discutées). Suivant la présence ou non des signes cutanés, on distingue des dermatomyosites et des polymyosites proprement dites, aiguës ou chroniques. Il faut enfin connaître les polymyosites de l'enfant.

L'évolution varie de quelques semaines à plusieurs années. Les rechutes sont fréquentes. La mort peut être due aux paralysies laryngées, diaphragmatiques, aux escarres, à une septicémie, à la cachexie. Les examens électriques neuro-musculaires sont très importants : les épreuves de stimulation montrent qu'il ne s'agit pas d'un processus neurogène périphérique. La chronaximétrie révèle l'atteinte parcellaire du muscle. L'électromyographie donne les meilleurs renseignements. Au point de vue biochimique, on signale l'hypergammaglobulinémie, l'absence de cellules de Hargraves et du phénomène de Haserick.

Anatomiquement, il y a des altérations dégénératives parenchymateuses du tissu musculaire et une réaction inflammatoire.

Les auteurs envisagent les rapports entre les polymyosites et les autres maladies du collagène.

La pathogénie est encore peu connue. Le diagnostic difficile peut s'appuyer sur l'électromyogramme et sur la biopsie musculaire. Les affections à éliminer sont nombreuses, surtout celles qui touchent les muscles.

Le pronostic est sévère, malgré les progrès thérapeutiques dus surtout à l'emploi précoce de l'A.C.T.H. et de la cortisone. Les méthodes orthopédiques sont parfois nécessaires.

Aspects neurologiques du lupus érythémateux disséminé, par M. Raymond GARCIN (de Paris).

L'auteur étudie surtout les manifestations au niveau du système nerveux central et les altérations oculaires. Les troubles psychiques et l'épilepsie sont particulièrement importants. Les premiers, très fréquents, à tous les stades ; l'épilepsie peut précéder les autres troubles. L'hormonothérapie a pu améliorer les crises comitiales.

D'autres symptômes neurologiques sont possibles : chorée, hémiplégie, céphalées avec parfois stase papillaire et paralysie faciale, paralysie des nerfs crâniens, diplopie, signes labyrinthiques, méningés, etc... Les troubles médullaires sont beaucoup plus rares. Le liquide céphalo-rachidien est, en règle, normal ; on peut voir parfois la précipitation des réactions colloïdales dans les premiers tubes.

Au point de vue anatomique, on a insisté sur l'aspect mité du cortex cérébral, avec de petites cicatrices réalisant une atrophie granuleuse. L'atteinte de la substance blanche est plus discrète. Malamud a signalé que, dans la

réalisation des troubles neurologiques, interviennent, non seulement les lésions vasculaires, mais des désordres fonctionnels divers.

Parmi les manifestations oculaires, la diplopie, la photophobie, des conjonctivites ont été notées, ainsi que l'amaurose. L'examen du fond d'œil peut montrer des hémorragies, un œdème papillaire et surtout des exsudats périvasculaires.

COMMUNICATIONS

Etude anatomo-clinique d'un cas de périartérite noueuse à forme neurologique, par MM. M. RISER, J. GÉRARD et L. GLEIZES (de Toulouse).

Les signes médullaires précoces et prédominants dans le cas présenté avec signes pyramidaux et signes polynévritiques rendaient le diagnostic difficile. Les lésions vasculaires étaient diffuses, mais diversement réparties. Le rein était peu touché, le foie très atteint. Les lésions nerveuses médullaires étaient importantes avec démyélinisation de plusieurs faisceaux antérieurs et atteinte des cornes antérieures, par lésions de petits vaisseaux.

Hypertension maligne, syndrome bulbaire et diabète insipide au cours d'une périartérite noueuse, par MM. R. LAFON, P. PAGÈS, J. MINVIELLE et P. BARJON (de Montpellier).

Chez un adulte en bonne santé apparaissent une hypertension artérielle maligne, puis un état de mal convulsif, et un syndrome bulbaire, intermédiaire entre ceux d'Avellis et de Wallenberg. Des nodules hypodermiques permettent, après biopsie, de reconnaître la périartérite noueuse. Des troubles divers surviennent ensuite, avec diabète insipide et rétinopathie exsudative. L'évolution se fait en poussées.

Aspects ophtalmologiques de la périartérite noueuse à l'occasion d'une observation anatomo-clinique, par MM. R. GARCIN, H.-X. MAN et J. GRUNER (de Paris).

Dans un cas de périartérite noueuse vérifié par la biopsie, l'ophtalmoscopie montre des lésions du fond d'œil : exsudats floconneux au pôle postérieur des deux rétines, soulèvements rétiens de type exsudatif, fines hémorragies, artères grêles. Il y avait des lésions de périartérite noueuse dans les viscères.

Périartérite noueuse avec lésions neurologiques au cours du diabète sucré, par MM. O. J. RAEDER et H. F. ROOT (de Boston).

Les auteurs rapportent deux cas chez des diabétiques avec signes neurologiques d'atteinte périphérique, plus des convulsions chez le second malade. Le premier fut très amélioré par A.C.T.H. et cortisone. Le diagnostic est à faire avec les neuropathies diabétiques.

Documents anatomo-cliniques concernant l'artérite temporale de Horton. Les lésions hépatiques de la périartérite. La vascularite « fil de fer » de M. Favre, par MM. P.-F. GÉRARD et A. GARDE (de Lyon).

Certains auteurs placent l'artérite temporale dans le groupe des collagénoses. Chez une malade de 78 ans, la cortisone améliora considérablement l'artérite. A côté de la maladie de Horton, d'autres formes d'artérites temporales sont possibles.

Dans la maladie de Kussmaul, les lésions hépatiques rappellent le « foie vasculaire » de Favre, avec îlots de sclérose autour des pédicules vasculaires. Il y a prolifération marquée des canalicules biliaires.

Deux cas de phlébites « fil de fer » sont décrits. L'étiologie en semble complexe. Leur histologie doit les faire rapprocher des collagénoses. L'hormonothérapie est utile.

A propos d'une observation de myosite à nodules de Besnier-Boeck, par MM. M. DEVIC, R. MASSON et BONNEFOY (de Lyon).

Chez une femme de 54 ans apparaît une amyotrophie subaiguë, surtout aux membres inférieurs, et à topographie distale. L'état sub-fébrile, une vitesse de sédimentation élevée font penser à une myosite. La biopsie musculaire montre des nodules de Boeck. La streptomycine associée à A.C.T.H. et cortisone fut assez efficace, mais les lésions histologiques n'ont pas changé.

Dermatomyosite avec éléments myotoniques, par MM. F. LAYANI, H. HÉCAEN, J. LEFEBVRE et M.-B. DELL (de Paris).

Un cas de dermatomyosite est présenté, ayant évolué en huit mois avec réactions myotoniques nettes. L'autopsie confirme la dermatomyosite et montre des adénomes thyroïdiens macrofolliculaires.

Un cas de polymyosite avec thymome. Vérification anatomique, par MM. M. BONDUELLE, F. BORDET, P. BOUYGUES et F. CHARLES (de Paris).

Une femme de 62 ans présente une polymyosite grave avec paralysie des membres presque totale, amyotrophie accentuée, rétraction des quadriceps, dysphagie, dysphonie, ptosis. La biopsie musculaire permet le diagnostic. La mort survient en deux mois. Trois ans avant avait été découverte, radiologiquement, une tumeur médiastinale que l'autopsie révéla comme thymique (thymocytes et larges cellules réticulaires). L'association de polymyosites et de thymomes n'avait pas été signalée.

Le syndrome myasthénique des polymyosites, par MM. M. BONDUELLE, P. BOUYGUES et J. COULON (de Paris).

Sont rapportés un cas de dermatomyosite et un de polymyosite, présentant une symptomatologie typiquement myasthénique. L'examen électrique montre une réaction de fatigue et des signes de myosite. L'épreuve à la prostigmine entraîne une amélioration spectaculaire. La myasthénie ne

serait-elle pas un syndrome associé parfois à des polymyosites, à une atrophie musculaire, parfois seule manifestation musculaire ? ce dernier cas étant le plus courant.

Localisations musculaires de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, par MM. R. LAFON, P. PAGÈS, P. PASSOUANT, R. LABAUGE, J. MINVIELLE et A. PAGÈS (de Montpellier).

A propos de trois observations sont précisés les caractères de cette localisation rare qui peut se traduire par une amyotrophie, une tumeur musculaire, ou n'être révélée que par la biopsie.

Etude clinique et électromyographique d'une dermatomyosite traitée par la cortisone ; amélioration de la collagénose, mais développement d'un hypercorticisme monstrueux, par MM. Th. ALAJOUANINE, G. BOUDIN, M. GOPCEVICH et J. SCHERRER (de Paris).

Une jeune fille de 23 ans présente une dermatomyosite avec insuffisance cardiaque, épanchement pleural et biopsie typique. La cortisone, à fortes doses (300 mgr. par jour), améliore nettement la malade mais apparaît un hypercorticisme prononcé : gain de poids de 30 kg. en 18 mois, sans modifications de la tension artérielle, ni des 17-cétostéroïdes.

Un cas de dermatomyosite avec étude électromyographique et histologique, par MM. F. THIÉBAUT, L. FRUHLING, F. ROHMER et F. ISCH (de Strasbourg).

Chez un malade de 25 ans ayant une dermatomyosite typique, l'électromyographie montre : pour un mouvement léger, l'activation d'unités motrices minimes, de durée très brève ; pour un mouvement effectué contre résistance, des oscillations lentes de 20 à 40 cycles/seconde, avec de nombreuses pointes brèves. Le traitement (antibiotiques, A.C.T.H., cortisone) améliore l'état de la malade.

Un cas de polymyosite à forme pseudo-myopathique, avec étude électromyographique et histologique, par MM. F. THIÉBAUT, L. FRUHLING, F. ISCH et F. ROHMER (de Strasbourg).

Un cas de polymyosite à forme pseudo-myopathique est observé chez un homme de 25 ans. A l'électromyographie, on recueille en certains points du grand pectoral et des deltoïdes, un aspect de grandes oscillations de la ligne de base, avec quelques pointes brèves. Ces signes seraient caractéristiques.

Les chronaxies neuro-musculaires et vestibulaires dans trois cas de dermatomyosite et un cas de sclérodermie avec amyotrophie, par MM. Georges et André BOURGUIGNON (de Paris).

Dans quatre cas, les chronaxies neuro-musculaires ont varié d'un jour à l'autre, de valeurs normales, jusqu'à deux ou quatre fois plus suivant l'état de fatigue lors de l'examen. Les troubles musculaires de ces malades ne

sont pas d'origine neurogène périphérique. Ils sont surtout vasculaires. Les chronaxies vestibulaires sont augmentées. Les auteurs proposent de traiter ces cas par la diélectrolyse trans-cérébro-médullaire de calcium. Le cas de sclérodermie avec amyotrophie a donné les mêmes signes électriques.

Contracture abdomino-crurale en flexion chez certains addisoniens ; confrontation avec les « myoscléroses » rétractiles de la poïkilodermatomyosite, par M. BERGOUIGNAN (de Bordeaux).

Certains addisoniens peuvent montrer une contracture à prédominance abdomino-crurale, souvent précédée d'arthralgies des hanches et des genoux. Il y a un facteur central de dystonie d'attitude probable. La cortisone a une action favorable. On peut rapprocher ces troubles de certaines myoscléroses rétractiles de la poikilodermatomyosite.

Lupus érythémateux disséminé à forme neuro-psychique, par MM. J. ROGER, A.-M. RANCE et R. POINSO (de Marseille).

Une jeune femme de 33 ans présente un délire aigu hyperthermique avec hémiplégie gauche, hyperréflexivité et signe de Babinski. L'existence d'un lupus érythémateux du visage, d'un syndrome rénal avec œdèmes, albuminurie, hématurie microscopique, hyperazotémie, fit faire le diagnostic. La cortisone et l'A.C.T.H. amenèrent la disparition du syndrome, mais on nota, pendant plusieurs mois, de l'anxiété, des idées délirantes mélancoliques, une asthénie intense. La guérison complète survint au bout de huit mois.

Modifications électro-encéphalographiques des maladies du collagène, par M. E. KORUMP (d'Heidelberg).

Chez 53 malades atteints de collagénoses, 40 avaient des tracés anormaux à l'électro-encéphalogramme. Les atteintes focales ont été rares. Les troubles de l'équilibre végétatif à la convalescence s'accompagnent de légères anomalies électriques faisant penser à des perturbations sous-corticales.

COMMUNICATIONS SUR DES THÈMES LIBRES

Forme centrale terminale de neurogliomatose de Recklinghausen. Tumeurs parenchymateuses multiples de l'encéphale avec localisation mésocéphalique dominante, par MM. Y. POURSIÈRES, J. ALLIEZ et A. TATOSIAN (de Marseille).

Chez un jeune homme de 24 ans, atteint de neurogliomatose familiale, apparaît un syndrome de la calotte pédonculaire. En quatre mois, l'évolution se fait vers la mort avec paraplégie et sommeil pathologique presque continu. On trouve une volumineuse tumeur sur la partie médiane du vermis, s'étendant jusqu'au voisinage du thalamus et présentant les caractères d'un neurinome central. D'autres tumeurs intracrâniennes sont découvertes. De tels faits sont exceptionnels dans la maladie de Recklinghausen.

Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter avec infiltrats pulmonaires labiles et hémiplegie régressive. Organismes L dans les sécrétions urétrales, par MM. R. LAFON, P. PAGÈS, J. ROUX, J.-P. TEMPLE et J. MINVIELLE (de Montpellier).

Au cours d'un syndrome oculo-urétro-synovial, apparaissent deux signes inhabituels : infiltrats pulmonaires labiles, cliniquement muets, hémiplegie rapidement régressive. On trouve des agglutinines froides et deux organismes L dans l'urètre. La guérison complète est obtenue par l'auréomycine, après échec de la cortisone et de la phénylbutazone. Mais le syndrome humoral persiste.

Deux cas de pseudo-tumeurs du cerveau avec images ventriculaires simulant une néoformation, par MM. BUENO ITUAARTE et M. ARRIZOLA (de Saint-Sébastien).

Un malade présenté au cours d'une sinusite frontale, un autre, pendant une amygdalite, un syndrome neurologique d'apparition brusque avec céphalée et troubles mentaux, sans fièvre, ni stase papillaire. La ventriculographie montre une compression du côté atteint avec refoulement vers le côté opposé. L'injection ventriculaire amène la guérison. Il s'agit d'encéphalites pseudo-tumorales. Leur mécanisme est discuté : perturbations de l'hydrodynamique cérébro-méningée donnant lieu à un œdème localisé, existence fréquente de thrombo-phlébites des sinus cérébraux à proximité d'un foyer infectieux.

V.-J. DURAND.

Journées d'études de la Société française de médecine préventive et sociale

(Vichy, 2-5 septembre 1955)

Présidence : Dr Louis-Paul AUJOLAT, ancien ministre

LE DÉPISTAGE PRÉCOCE ET LA PRÉVENTION DES MALADIES.

La Société française de médecine préventive et sociale, fondée par des médecins sociaux de différentes catégories, a consacré ses troisièmes Journées d'études au problème des diverses modalités du dépistage précoce. La réunion était, cette année, *présidée* par le Dr Louis-Paul AUJOLAT, ancien ministre du travail et ancien ministre de la santé publique. Une nombreuse représentation étrangère a pris part à cette réunion.

Après un *discours inaugural*, dans lequel M. le ministre L.-P. AUJOLAT mit en valeur le rôle primordial et la portée grandissante de la médecine préventive et sociale dans l'évolution actuelle du monde, les conséquences aussi à en tirer pour l'organisation des études médicales, et l'intéressant rapport du Dr COURBAIRE DE MARCILLAT, *secrétaire général*, sur les activités de la Société, actuellement présidée par le professeur Victor RAYMOND, conseiller technique de l'Institut national de sécurité, 12 rapports et 20 communications sur le dépistage précoce et la prévention des maladies ont été présentés par les membres de la Société. Nous ne pouvons citer et résumer ici que ceux de ces exposés qui ont trait au dépistage précoce et à la prophylaxie des troubles neuro-psychiatriques.

RAPPORTS

Le dépistage précoce des affections mentales, par le Dr H. MIGNOT, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine et M. R. BAILLY, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Les auteurs passent en revue les catégories de malades qu'il convient de dépister. Ils évoquent brièvement les perturbations psychiques profondes que la société se charge de diriger sur l'asile et s'attachent surtout à préciser les handicaps psychiques qui peuvent conduire, les circonstances aidant, à la psychose et à l'inadaptation : déficiences intellectuelles légères, facteurs d'inadaptation d'autant plus sévères que la société est plus complexe, perturbations affectives surtout se traduisant par des troubles du caractère et du comportement, par une immaturation affective, par des troubles névrotiques (anxiété, manifestations hypocondriaques, syndromes psycho-somatiques, névroses d'échec), par une toxicophilie généralement alcoolique. Ils

étudient les différentes solutions d'orientation : l'admission d'emblée à l'hôpital psychiatrique doit être exceptionnelle et en tout cas acceptée par le malade.

Le médecin d'hygiène mentale devra considérer : d'une part le malade lui-même et l'orienter vers le thérapeute dans la double perspective biologique et psychothérapeutique ; d'autre part, son entourage familial, son milieu de travail, son cadre de vie, s'efforçant de « déconditionner les circonstances ». Les auteurs soulignent l'intérêt de formules neuves : centres de traitement et de réadaptation sociale, hôpitaux de jours, homes d'accueil. Ils insistent sur les liaisons nécessaires avec la médecine du travail et d'entreprise, avec les médecins de la sécurité sociale et des assurances sociales agricoles, les médecins d'hygiène scolaire. Ils attirent l'attention sur le nombre croissant des inadaptés de cause psychique et le caractère ruineux de leur ségrégation. Ils étudient les dispensaires d'hygiène mentale : leur installation, leur fonctionnement, leurs normes de rendement. Pour être efficaces, ces dispensaires ne doivent pas apparaître comme le pourvoyeur de l'asile et l'accueil du malade y revêt une importance considérable. L'action à mener exige un travail d'équipe comportant : une enquête sociale objective, un examen psychiatrique clinique, un examen biologique et un bilan psychologique. La prise en charge d'un inadapté est déjà un engagement ; elle impose la prise de conscience de la totalité d'une personne humaine et mieux vaudrait ne pas intervenir que de le faire à la légère.

Structure générale du service national de santé britannique, sa contribution au dépistage précoce et à la prévention des maladies, par M^{lle} le Dr Albertine WINNER, Senior Medical Officer in the Ministry of health.

Le Service national de santé britannique est la transformation logique de services qui se sont développés sur une longue période. Il assure un service réellement étendu et lève l'obstacle financier des soins médicaux. Le service englobe la population tout entière et ne repose pas sur des questions d'assurance. Il est organisé en trois parties liées entre elles.

1° Services hôpitaux et spécialistes. — Près de 3.000 hôpitaux appartiennent maintenant au ministère de la santé. Les soins ordinaires des malades externes et internes sont assurés sans paiement bien que des lits privés puissent également être obtenus lorsque le paiement peut être fait. Tous les services de spécialistes sont assurés dans les hôpitaux, une petite rémunération est demandée dans certains cas au malade externe.

2° Services de médecine générale, dentaires et autres services. — Environ 97 % de la population a choisi de recevoir les soins médicaux du Service national de santé et une proportion analogue de médecins y participent. Le malade choisit son médecin et peut en changer s'il le désire. Le médecin est payé par tête, il a la responsabilité de son malade et il reçoit la même somme annuelle quels que soient les services rendus ; le malade ne paie rien à son médecin mais il paie le pharmacien 1 shilling pour chaque ordonnance ; les pharmaciens sont payés directement par le Service de santé. Les médecins peuvent prescrire ce qu'ils jugent nécessaire à leurs malades sous certaines conditions. Les services dentaires sont assurés moyennant le paiement de certains frais réduits, bien que l'examen soit gratuit. Le dentiste est payé d'après les services rendus. Les lunettes sont aussi fournies moyennant une participation aux frais et l'examen de la vue est gratuit.

3° *Services des autorités locales.* — Les Comtés et les grandes villes assurent des services de clinique et des services à domicile, soins pendant et après la maladie (y compris la santé mentale de ceux vivant en communauté) et les services d'ambulance. Les services « accessoires » et les services scolaires de santé sont aussi sous la responsabilité des autorités locales, mais ce sont des services distincts dont les petites autorités locales ont la responsabilité. La médecine du travail est, jusqu'à présent, presque entièrement séparée.

4° *Financement.* — Le service est presque entièrement indépendant de l'assurance, il est financé en gros par les fonds du Gouvernement central.

5° *Prévention et diagnostic précoce.* — Les deux grandes contributions du Service national de santé en ce domaine sont : la suppression de l'obstacle financier, et la possibilité d'étudier les autres raisons qui empêchent le malade de faire appel assez tôt à la médecine ; la nature étendue du service, qui permet à toutes les ressources d'être mobilisées pour la solution des problèmes.

Par exemple :

Soins pour enfants. — Les cliniques de bien-être des autorités locales assurent les soins habituels des enfants bien portants et l'éducation de leur mère.

Santé mentale. — Le Service assure le diagnostic précoce et le traitement psychiatrique sans certificat. La prévention débute dans les cliniques de bien-être et les écoles ; les « problèmes familiaux » sont également le sujet d'efforts combinés.

Le dépistage précoce, facteur de bien-être individuel et d'équilibre social, par le Dr. R. BARTHE.

Il tombe sous le sens qu'une bonne prévention individuelle de la maladie apporte sa contribution au bonheur familial, et diminue les charges du système de sécurité sociale. Dans le très vaste domaine de la prévention, le dépistage précoce tient une place essentielle.

COMMUNICATIONS

Dépistage des affections mentales dans un service de main-d'œuvre, par le Dr Claude VEIL, médecin psychiatre du travail.

L'auteur traite du rôle du psychiatre au sein de l'équipe médico-sociale chargée de l'examen des diminués physiques, demandeurs d'emploi, de la région parisienne. Les sujets viennent spontanément ou par plusieurs filières très différentes ; toute absence a toujours une signification. Les moyens en personnel et en matériel, prévus initialement à d'autres fins, seront peu à peu appropriés à un dépistage plus parfait des troubles mentaux. Ce dépistage est effectué principalement par les médecins et par les assistantes sociales des services de main-d'œuvre. Les examens complémentaires sont pratiqués pour partie (enquête sociale, examen psychotechnique) sur place, pour partie à l'extérieur. Les liaisons sont nombreuses, et on cherche à les étendre.

Dans la mesure du possible, aucun malade n'est abandonné sans avoir été confié à un organisme compétent, et l'on tâche de surveiller les suites. L'auteur émet le vœu de voir organiser une formation psychologique et une information psychopathologique du personnel de tout rang des services de main-d'œuvre.

Les états d'asthénie polyfonctionnelle en médecine préventive, essai d'interprétation, par le Dr Jean PARIS.

L'auteur désigne sous le nom d'asthénie polyfonctionnelle un syndrome observé dans 25 cas, en dehors de toute intoxication exogène et ainsi composé : sentiment d'asthénie très prononcé, diminution fonctionnelle de la force musculaire au niveau des membres inférieurs, impuissance ou hypogénitalité, troubles du sommeil, accessoirement vertiges, lipothymies, troubles digestifs, douleurs diffuses. Ces états s'accompagnent d'un effondrement de l'ascorbémie (Dr L. Guibert). Ils ont évolué quatre fois vers l'organicité (une réactivation tuberculeuse, deux ulcus, une discopathie lombo-sacrée), dans un délai de un à trois ans. Ces états sont particulièrement fréquents dans un service de distillation du gaz à horaire 3×8 .

En deux ans, sur 19 ulcus gastro-duodénaux diagnostiqués, 10 fois le syndrome d'asthénie polyfonctionnelle était associé à l'évolution ulcéreuse. Cette analogie pose le problème de l'influence prépondérante des conditions de vie et du travail sur la pathologie, suivant les conceptions de la théorie pavlovienne sur l'activité nerveuse supérieure.

Diagnostic précoce et typologie, par le Dr René RESTEN, médecin du travail.

La connaissance de la personnalité devrait servir de base au diagnostic précoce en général, en raison de l'importance des facteurs héréditaires, lesquels, conjointement aux influences mésologiques, conditionnent les prédispositions morbides ou la réussite professionnelle. La médecine préventive, qui exerce son action en organisant et en améliorant les conditions d'hygiène scolaire, sociale, rurale ou industrielle, ne peut ignorer le problème des constitutions et des typologies. Des recherches récentes substituent à la connaissance empirique de la personnalité des méthodes d'investigation objective, susceptibles d'être intégrées en pratique médicale courante.

L'auteur présente un résumé des travaux de Lindegard, de Lund, basé sur les typologies de Kretschmer et de Sheldon qui permettent une étude analytique des composantes somatiques, et remplacent l'appréhension qualitative et synthétique du corps par une étude quantitative. Ainsi sont isolés quatre facteurs constitutifs : le facteur longueur, le facteur musculaire, le facteur robustesse et le facteur graisse, qui peuvent être objectivement mesurés par des épreuves simples.

D'un autre côté, la connaissance du caractère est aussi facilitée par la distinction de quatre facteurs constitutifs, décrits par l'école danoise de Sjöbring et franco-néerlandaise de Heymans-Wiersma-Le Senne.

Ces différentes méthodes d'investigation morpho-psychologique donnent à l'étude de la personnalité une base rationnelle, objective, à la fois qualitative et quantitative. L'auteur insiste sur l'importance de la connaissance de la personnalité pour le diagnostic précoce des troubles fonctionnels, des aptitudes professionnelles et de la prédisposition aux accidents. Il souhaite

que la médecine préventive fasse un plus large appel aux questions de psychologie différentielle et que celles-ci occupent une place plus importante dans la formation des praticiens de médecine sociale, afin qu'elle puisse devenir effectivement la synthèse des disciplines responsables du maintien de la santé et de l'amélioration des conditions du travail.

La prévention de l'inadaptation juvénile, par le Dr René CAYET (de Strasbourg).

La prévention de l'inadaptation juvénile présente les mêmes aspects que la prévention de tous les fléaux sociaux. Il s'agit de dépister le plus tôt possible les facteurs en cause et de s'efforcer de les amender ou de les éliminer afin d'empêcher l'inadaptation d'apparaître, ou de pouvoir au moins appliquer précocement des mesures thérapeutiques. Aussi diverses et aussi imbriquées que soient les causes de l'inadaptation juvénile, aussi variées et interdépendantes sont également les mesures préventives à mettre en action pour la combattre.

La prévention comporte deux actions très différentes : 1^o la suppression des causes ; là il faut s'attaquer à tous les facteurs étiologiques, pathologiques, sociaux, économiques, dans la famille même et dans la collectivité où l'enfant vit ; il s'agit donc, sur le plan national, de la lutte contre les fléaux sociaux (contre l'alcoolisme), du problème du logement, du standing de vie, de l'action pour la moralité des périodiques, des films, des spectacles, etc... ; 2^o la deuxième action préventive est le dépistage précoce, et l'application des mesures prophylactiques de la santé mentale, des troubles sensoriels (surdité, troubles de la vue), des infirmités physiques et des troubles du caractère. Les déficiences physiques et psychiques dues à des causes d'origine endogène peuvent être souvent évitées ou amendées par des mesures préventives ou des interventions médicales.

La réhabilitation des enfants et adolescents inadaptés ne sera complète que si l'action thérapeutique se base sur une vaste action préventive menée par la famille, la collectivité et les pouvoirs publics.

Le dépistage précoce des principales affections observées en milieu scolaire, par le Dr L. SCHMIT, médecin phthisiologue de l'hygiène scolaire et universitaire.

L'auteur expose les techniques utilisées pour le dépistage des affections sensorielles (affections oto-rhino-laryngologiques, affections ophtalmologiques), affections bucco-dentaires, déformations vertébrales, cardiopathies, affections des glandes endocrines, tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire.

Pour les *affections mentales*, actuellement deux méthodes sont utilisées : 1^o une équipe médicale examine, dans un centre médico-psychologique, uniquement les élèves signalés (méthode sélective) ; 2^o un médecin scolaire, qualifié, applique les tests utiles à tout l'effectif scolaire (méthode collective).

L'auteur indique quelques résultats obtenus dans différentes Académies.

ANALYSES

LIVRES. THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Le début névrotique des schizophrénies (O início neurotico das esquizofrenias), par J. Alves GARCIA. (1 volume, 160 pages, édition du *Jornal brasileiro de psiquiatria*, Rio de Janeiro, 1954).

Dans le prologue, l'auteur insiste sur le but du présent livre, qui est de montrer que les schizophrénies à début névrotique ont, généralement, une évolution plus bénigne et sont de meilleur pronostic que les autres formes.

Le premier chapitre, « le problème de l'évolution des psychoses », montre les modifications apportées récemment par les traitements modernes. D'autre part, les conditions de la vie actuelle favorisent l'éclosion de nombreuses psychoses d'apparence névrotique ou avec des manifestations de conversion psycho-somatique. Il est particulièrement important de distinguer les psychoses à début névrotique et les types pseudo-névrotiques des psychoses, dont le pronostic est différent. Il convient également d'isoler les formes symptomatiques marginales, ainsi que de bien reconnaître les superstructures névrotiques secondaires et psycho-réactionnelles.

Dans le chapitre suivant, est envisagée la variabilité du début et du cours des schizophrénies : les débuts aigus sont les plus caractéristiques ; le problème des paraphrénies et des psychoses paranoïdes est évoqué, ainsi que de diverses formes : périodiques, hallucinatoires, frustes, stationnaires. Dans l'ensemble, on voit plus rarement qu'autrefois les formes classiques avancées de Kræpelin.

Avec le troisième chapitre est abordée la question du début névrotique des schizophrénies. Beaucoup de cas de psychasthénie se terminent par la démence précoce. Les formes à début névrotique sont le plus souvent lentes, insidieuses, montrant une grande résistance à la détérioration mentale. Les principales variétés sont les types dysphoriques, obsessionnels et phobiques, situationnels, hystériques, psychopathiques, à symptômes multiples. Les formes à début psychopathique ont un mauvais pronostic.

Le quatrième chapitre est consacré au problème clinique et étiologique de la névrose obsessionnelle, celle-ci se traduit par la lutte que le malade

soutient entre les facteurs morbides irrationnels et ses propres facultés rationnelles. Quand le malade succombe aux facteurs instinctifs, on pénètre dans le domaine des formes atténuées de la schizophrénie, formes marginales du syndrome. Dans l'opinion de l'auteur, les phénomènes obsessionnels compulsifs constituent une transition entre les névroses et les psychoses.

La question du diagnostic différentiel précoce fait l'objet du chapitre suivant : il faut bien séparer, d'une part la névrose authentique, avec ses anomalies dynamiques et fonctionnelles et, d'autre part, le début névrotique de la schizophrénie. Au début de la maladie peuvent se montrer des types de défense sous forme de toxicomanies. L'autisme ne doit pas être confondu avec une attitude névrotique. Parfois, certains tests peuvent être utiles pour mettre en évidence des idées délirantes.

Le chapitre six envisage l'important problème du pronostic. Rappelant certaines données classiques, l'auteur insiste surtout sur la valeur de la défense névrotique de la personnalité. Tandis que le processus schizophrénique est destructeur de la personnalité, la structure névrotique défend celle-ci et peut compenser en partie les symptômes de la psychose.

Enfin, dans le dernier chapitre sont passés en revue les procédés de traitement, y compris la psychothérapie. Il y a intérêt à obtenir la névrotisation du schizophrène. La ludothérapie peut être un utile moyen d'y parvenir.

Vingt-six observations personnelles sont rapportées. Bibliographie à la fin de chaque chapitre.

V.-J. DURAND.

De l'avortement provoqué du point de vue psychiatrique. Etude portant sur 479 femmes, par Martin EKBLAD. (1 brochure in-8° ; 238 pages, supplément des *Acta psychiatrica et neurologica scandinavica*. Ejnar Munksgaard, édit., Copenhague, 1955).

Travail de la Clinique psychiatrique de l'Institut Karolinska, de Stockholm. Les 479 femmes suivies par l'auteur ont subi un avortement légal sur des indications psychiatriques. Depuis la loi suédoise de 1946, qui permet l'avortement d'après les indications médicales, médico-sociales, socio-médicales, humanitaires et eugéniques, le nombre des avortements a augmenté considérablement. En 1951, 6.328 avortements, soit 57,5 % des enfants vivants, ont été pratiqués légalement. Les femmes qui ont subi l'avortement légal, basé sur des indications psychiatriques, ont été suivies par l'auteur durant une période de deux ans et demi à trois ans après l'opération. Etat civil, âge, troubles mentaux des parents, milieu, scolarité, mésentente sexuelle, occupations, état de santé du partenaire, nombre d'enfants, avortements antérieurs, niveau intellectuel, fréquence des psychonévroses, déviation de la personnalité, psychoses, épilepsie, sont précisés. A noter que 58 % des femmes avaient manifesté des symptômes de névrose chronique ou des anomalies de la personnalité avant leur grossesse. La psychasthénie et la névrose anxieuse furent les formes les plus communes. 1,3 % seulement étaient épileptiques.

Un chapitre est consacré aux indications psychiatriques qui autorisèrent l'avortement légal. Dans 63 % des cas, c'est une constatation de faiblesse mentale qui est notée. L'état civil des femmes au moment de l'avortement et leurs rapports avec leur partenaire avant et après l'avortement font

l'objet d'un chapitre spécial. Les risques d'un avortement provoqué chez les femmes auxquelles l'avortement légal est refusé sont discutés par l'auteur. Ce sont surtout chez les femmes non mariées qui ont été abandonnées par leur partenaire et qui se sont vu refuser l'avortement légal que le suicide est à redouter.

Parmi les femmes mariées, âgées de moins de 26 ans, 38 % devinrent de nouveau enceintes pendant les 22 mois après l'avortement ; parmi celles qui, non mariées, ne fréquentaient plus l'auteur de leur première grossesse, 25 % devinrent de nouveau enceintes après avoir eu des rapports avec un autre homme. Ces femmes n'avaient pas été capables de faire usage d'une technique préventive qui, cependant, leur avait été conseillée et enseignée. Cette constatation montre que l'avortement légal n'est souvent qu'un remède insignifiant et de peu de durée. Dans bien des cas, une stérilisation simultanée devrait être envisagée. Dans les grossesses non désirées survenant après l'avortement légal, la constitution mentale de la femme et son milieu sont des facteurs ne présentant aucune importance essentielle. 37 femmes mariées, qui avaient subi l'avortement légal, ont eu un autre enfant, ont pu l'élever sans sérieuse complication de leur santé mentale. Leur grossesse était inintentionnelle. Ces cas montrent qu'une plus grande restriction des avortements légaux pourrait être envisagée, surtout chez les femmes mariées.

L'attitude des femmes après l'avortement est très varié. 66 % sont satisfaites et ne se font pas de reproches ; 10 % trouvent que l'opération est désagréable mais n'ont aucun regret ; 14 % sont légèrement ennuyées tandis que 11 % regrettent d'avoir été opérées et se font d'amers reproches. Chez ces dernières, on peut observer quelques séquelles mentales telles que dépression ou réactions psychogènes. Dans cinq cas, soit dans 1 %, la capacité de travail fut définitivement diminuée en raison de leur insuffisance psychique, mais ces femmes étaient déjà atteintes de faiblesse mentale avant l'avortement. Plus grandes sont les indications psychiatriques, plus grands sont les risques de séquelles psychiques défavorables après l'avortement. Quatre femmes, soit 1 % des cas, sont restées stériles involontairement après l'avortement quoique ayant leurs règles.

En Suède, une femme peut être stérilisée d'après les indications eugéniques, sociales, médicales et médico-sociales ; la loi permet la stérilisation des « vieilles mères ». Dans ce travail, il est rapporté que 52 femmes (soit 11 %) furent stérilisées en même temps que l'avortement légal ; 29 femmes, soit 60 %, le furent entre l'avortement et le moment où elles furent examinées par l'auteur. La stérilisation fut basée sur leur faiblesse mentale et sur des considérations eugéniques. Les femmes qui redoutaient une nouvelle grossesse après l'avortement légal n'eurent plus ainsi la crainte de devenir enceintes et leur santé psychique s'en ressentit favorablement. 86 % des femmes stérilisées ont manifesté leur reconnaissance d'avoir été ainsi opérées. Les femmes qui furent contrariées d'avoir subi l'opération, avaient refusé d'être stérilisées ; leur stérilisation avait été nécessitée pour des raisons eugéniques.

Les résultats de ces recherches indiquent que la stérilisation en connexion avec l'avortement légal peut, sans entraîner des risques de séquelles psychiques, être pratiquée plus fréquemment qu'on ne l'a fait jusqu'alors, spécialement chez les femmes qui désirent ardemment être stérilisées.

L. MARCHAND.

Cahiers de psychiatrie (n° 10, juin 1955) publiés sous la direction du professeur Th. KAMMERER. (1 brochure in-8°, 113 pages, revue bisannuelle de la Clinique psychiatrique de Strasbourg, supplément du *Strasbourg-médical*).

Après un hommage rendu au professeur Ch. Pfersdorff, de Strasbourg, décédé en 1953, ces cahiers, fondés par le professeur E. Gelma en 1947 et qui reprennent leur publication suspendue depuis deux années, contiennent des mémoires originaux et des documents cliniques.

Au nombre des travaux originaux prennent place une étude de MM. Th. KAMMERER, F. ROHMER, L. ISRAËL et A. WACKENHEIM sur l'*électro-encéphalogramme des schizophrènes*; des *considérations sur l'alcoolisme chronique chez la femme*, par Mme KASTLER-MAITRON et M. E. BURCKARD qui, s'attachant surtout à la recherche des circonstances ayant conduit ces malades à l'alcoolisme, soulignent l'importance du terrain psychophysique tout en accordant une large place aux causes exogènes (milieu familial, absence de parents, entraînement des jeunes, profession, chocs affectifs, conflits familiaux). L'examen de la *personnalité des glaucomeux* amène MM. L. ISRAËL et J.-P. LÉVY à conclure à la *justification psychopathologique de la cure de sommeil* appliquée par la Clinique ophtalmologique de Strasbourg à des cas avancés de glaucome déjà traité par les méthodes classiques et parfois même opérés.

Parmi les documents cliniques, MM. Th. KAMMERER, R. EBTINGER, D. PHILIPPIDÈS, R. STEIMLE et I. ISRAËL, rapportent et discutent l'observation, chez un homme de 55 ans, d'*épisodes psychotiques, rigidité de décérébration, altérations électro-encéphalographiques et troubles métaboliques dans un cas de cranio-pharyngiome du III^e ventricule* (6 figures). Une observation de *crises convulsives, épisodes crépusculaires, contractures et œdème d'un membre supérieur chez une débile* de 26 ans est l'objet d'une discussion clinique et électro-encéphalographique par MM. Th. KAMMERER, L. SINGER, L. ISRAËL, R. RUCH et B. EBTINGER (5 figures). Citons encore une observation d'*aphasie et alternances cyclothymiques chez une grande délirante* de 65 ans, par MM. H. FAURE, C. IGERT et Ph. RAPPARD et, à propos de deux observations de *syndrome de Stewart-Morel, des considérations sur l'hyperostose frontale chez l'homme*, par MM. Th. KAMMERER, R. DURAND DE BOUSINGEN, J.-P. GERHARD et Mlle F. MAZOUÉ (2 figures).

R. C.

Publications scientifiques (Pubblicazioni scientifiche), vol. 1, Ospedale neuro-psichiatrico provinciale di Arezzo, dirigé par le professeur M. BENVENUTI. (1 faux volume groupant des tirages à part).

Sous le titre de « Publications scientifiques », sont réunis en un faux volume les tirages à part de travaux effectués de 1949 à 1954 par les médecins de l'hôpital neuro-psychiatrique d'Arezzo, sous la direction du professeur Marino Benvenuti. Dans ces publications, dont certaines ont été analysées dans les *Annales médico-psychologiques*, sont traités les sujets les plus variés : historiques avec un éloge de Pellizzi, cliniques avec plusieurs mémoires sur différents points de psychiatrie, ou de neurologie, biologiques, thérapeutiques, médico-légaux. La diversité de ces études montre l'activité scientifique du corps médical de l'hôpital neuro-psychiatrique d'Arezzo. Il semble cependant possible d'y retrouver une unité de vue dans une prédominance des positions organicistes avec étude séméiologique soigneuse.

V.-J. DURAND.

Personnes déplacées, recueil d'études publié sous la direction de H. B. M. MURPHY, par l'Organisation des Nations unies, pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). Préface du Dr J.-R. REES, directeur de la Fédération mondiale pour la santé mentale. (1 vol., 248 pages, traduit de l'anglais, Paris 1955).

Les trois premières parties de cet important recueil d'études et de faits sur la psychologie des réfugiés, leur santé mentale et les problèmes de leur installation sont consacrées, après l'exposé, l'ampleur du problème par H. B. sur la *psychologie des réfugiés*, leur *santé mentale* et les problèmes de leur installation sont consacrées, après l'exposé de l'ampleur du problème par H. B. MURPHY, à la description: des premiers pas vers le salut (l'individu en fuite séquestré de Belsen, par Henri STERN; l'apathie des personnes déplacées, par Eduard BAKIS) et des étapes de la réinstallation normale (les conditions de la réinstallation, par H. B. MURPHY; les immigrants réfugiés et non réfugiés à New-York, par Miriam L. GAERTNER; l'accueil des réfugiés par la collectivité britannique, par M. BÜLBRING et E. NAGY; les réfugiés en Australie, par H. B. MURPHY; les infirmes, par Esther RYSSDAL).

Dans une quatrième partie, la *psychopathologie* est l'objet d'intéressantes observations, cliniques et statistiques sur la symptomatologie, le traitement et le pronostic des *maladies mentales* chez les réfugiés et les rapatriés en Suisse, par Maria PFISTER-AMMENDE, sur les psychoses des réfugiés en Grande-MURPHY, sur les psychoses des réfugiés en Grande-Bretagne et les *réactions paranoïdes des étrangers*, par F. F. KING, et sur les *troubles psychosomatiques*, par SIBUSE TYHURST.

Une importante bibliographie des ouvrages ayant trait aux difficiles problèmes posés par les personnes déplacées, des notions biographiques des auteurs ayant collaboré au présent volume et un index alphabétique des matières complètent un recueil consacré aux divers aspects d'une douloureuse et unique expérience de psychologie et de psychopathologie sociales.

L. R.

PSYCHOLOGIE

L'année psychologique, 55^e année, 1955, n° 1. Directeurs Henri PRÉRON, Alfred FESSARD et Paul FRAISSE. Secrétaire de la rédaction: Vincent BLOCH et César FLORÈS. (1 vol., in-8°, 325 pages, Presses universitaires de France, Paris, 1955).

L'Année psychologique étant maintenant publiée en deux fascicules annuels, ce premier fascicule de l'année 1955 contient des mémoires originaux, des revues critiques et des analyses bibliographiques de périodiques et de livres.

Dans le premier mémoire original, Mad. Germaine de MONTMOLLIN, étudiant les *effets de groupe sur la structuration perceptive*, apporte les résultats quantitatifs de ses expériences. Elle montre qu'il est possible, dans une situation perceptive, d'observer, de mesurer et de définir un comportement de groupe mais qu'on ne peut prévoir l'efficacité du groupe à partir de la seule considération des individus isolés, ni l'efficacité d'un individu dans son groupe à partir de sa performance d'individu isolé. Analysant la flexibilité perceptive requise des sujets, elle conclut qu'il n'y a pas de lien direct entre la flexibilité personnelle et la flexibilité induite, cette dernière reflétant les possibilités qu'ont les individus de s'adapter à la situation sociale.

Dans l'*étude expérimentale des conduites temporelles*, dont ils apportent leurs premières constatations, M. Paul FRAISSE et Mad. Francine ORSINI se proposent d'étudier les différents types de ces conduites et surtout de celles qui sont des réactions à la durée de nos actes, véritables conduites dans lesquelles le temps, au cours d'actions ordinaires, devient un obstacle et en quelque sorte le point principal d'application des efforts (attente, précipitation, persévération dans le temps). Tentative de saisir les déterminants de conduites complexes et dynamiques comme l'*attente* objet de ces premières expériences.

En conclusion d'une *contribution à l'étude des différences entre hommes et femmes dans la perception spatiale*, Mad. Cécile ANDRIEUX, après un rappel des travaux de Sandström et l'examen de différentes hypothèses susceptibles de fournir une explication théorique des phénomènes constatés, conclut de ses expériences que les femmes sont moins douées pour la représentation visuelle et la structuration spatiale des perceptions kinesthésiques, qu'elles dépensent aussi, dans leur comportement perceptif, une moindre activité de manipulation et de construction des formes spatiales.

Une note de MM. Paul FRAISSE et Stéphane EHRLICH sur la *possibilité de synchroniser en fonction du temps d'une cadence*, termine la série des mémoires originaux de ce premier fascicule.

Parmi les revues critiques, citons celles sur la *perception : fréquence des stimuli et motivation*, par M. François BRESSON : la *résolution des problèmes et la rigidité mentale* (rôle des facteurs affectifs, formation des concepts), par M. Pierre OLÉRON ; l'*entretien : quelques applications des techniques récentes d'analyse quantitative*, par Mad. Jacqueline CAMDON ; les *applications de l'analyse hiérarchique*, par M. Jean DUBOST ; les *tests de dessin en psychologie clinique*, par M. Pierre JAMPOLSKY qui, notant que le dessin tend à devenir un test de personnalité au sens le plus large du terme, en étudie la validité, rappelant les divers essais de validation d'interprétations projectives dans le dessin figuratif et résumant les études qui concernent des aspects plus structuraux ou moteurs du dessin.

Ce volume contient encore de très nombreuses analyses bibliographiques de périodiques (neurophysiologie et psychophysiologie, psychophysiologie des sensations, psychologie générale, psychologie animale, psychologie appliquée, psychologie génétique, étude de la personnalité, neuropathologie, psychopathologie et psychologie clinique) et de livres (traités et ouvrages généraux, psychophysiologie sensorielle, psychologie appliquée, psychologie sociale, psychologie génétique et pédagogie, psychopathologie, psychologie clinique), signées des directeurs et des collaborateurs habituels de cette importante publication.

R. C.

La psychologie de l'âge évolutif (La psicologia della età evolutiva), par Fr. Agostino GEMELLI, O.F.M., directeur du laboratoire de psychologie expérimentale de l'Université catholique du Sacré-Cœur, Milan. (4^e édition, 1 volume, VIII - 386 pages, 66 figures, Dott. A. Giuffrè, éditeur, Milan, 1955).

Dans le premier chapitre du livre : « *Prémices à l'étude de l'âge évolutif* », l'auteur fait un historique du développement de la psychologie infantile, puis précise l'orientation actuelle des travaux. Montrant que la psychologie doit être conçue comme une étude de la personnalité, il expose

quelques-unes des conceptions contemporaines dont il fait la critique. Il lui paraît nécessaire d'admettre une disposition hiérarchisée des facteurs de la personnalité. Les moyens de connaître celle-ci sont alors indiqués dans leurs principes généraux.

Le deuxième chapitre étudie en détail les méthodes utilisées par la psychologie de l'âge évolutif. Les phases de développement classiquement décrites, malgré un certain caractère artificiel, facilitent la recherche et l'emploi de méthodes qui sont diverses, mais dont le but est de suivre le processus par lequel se réalisent un type psychologique et un caractère déterminés. La prudence est indispensable dans cette étude. Pour préciser les problèmes de la psychologie du développement, on peut avoir recours aux méthodes de la « normative-cross-sections approach », de la coupe longitudinale, de la biographie, des questionnaires, des tests de niveau, de l'observation contrôlée de Gesell.

Les lois du développement et les devoirs de la psychologie évolutive font l'objet du chapitre suivant. Les facteurs du développement : soit internes, soit liés à l'ambiance, les lois de la génétique, les lois du développement lui-même sont décrits. La vie psychique manifeste, comme la vie physique, une tendance à conserver son être et une à l'affirmer. Le devenir de la personnalité, le rythme de son épanouissement sont déterminés par l'intrication de divers facteurs, au cours des stades successifs.

Le chapitre quatre est consacré au développement prénatal, évoquant les problèmes du commencement du comportement, du cri à la naissance, dont la signification est nulle et ne doit pas prêter aux interprétations freudiennes.

Le nouveau-né est étudié dans le chapitre cinq, avec son activité psychomotrice, sa vie sensorielle et les premiers indices de la conscience.

Puis la première année est décrite dans ses caractéristiques essentielles : activité instinctive, question des manifestations intellectuelles (ce sont seulement à ce stade des témoignages d'une adaptation à des situations extérieures), imitation à cet âge, jeu, connaissance du monde et perception de l'espace, vie affective.

Ensuite, dans un seul chapitre, est étudiée la psychologie de l'enfant de deux à quatre ans : l'apparition de la marche et celle du langage la caractérisent. Sont envisagés successivement : le développement du comportement moteur, l'organisation du langage, la maturation progressive, l'apprentissage, la connaissance du monde extérieur, la mémoire, l'imagination, le jeu, la vie affective, à propos de laquelle est faite une critique de la psychanalyse.

Dans le chapitre huit, l'enfant est suivi de cinq à huit ans, période marquée par le premier développement de l'activité intellectuelle et par l'apparition de la volonté. Les diverses activités psychiques de l'enfant sont décrites : intelligence, dessin, jeu, vie scolaire, vie affective. Des problèmes psycho-pédagogiques se posent, tels celui du mensonge et celui des punitions. De la neuvième à la treizième année, une nouvelle phase doit être décrite, avec apparition de la puberté. L'activité intellectuelle se développe, le moi personnel se découvre et s'affirme. La vie affective devient plus complexe. Le problème sexuel, les sentiments sociaux, l'enrichissement de l'activité volontaire sont envisagés à ce stade.

Puis de quatorze à dix-neuf ans, de nouvelles étapes sont franchies. Il est possible de distinguer une première période allant de 14 à 16 ans (adoles-

«ence), une seconde s'étendant de 17 à 19 ans (jeunesse). L'auteur rappelle les travaux de Mendousse, de Charlotte Bühler, de Jaensch, de Spranger. Les périodes de passage, les traits de la mentalité à cet âge sont soigneusement décrits, avec une vie affective de plus en plus riche, des problèmes de l'érotisme toujours plus importants, les sentiments sociaux, la conscience morale, les sentiments religieux, la question de la vocation professionnelle.

Dans le onzième et dernier chapitre, l'auteur envisage des problèmes généraux : la personnalité, le caractère dont la formation pédagogique doit commencer le plus tôt possible. Enfin, l'auteur termine par une défense de la psychologie de l'âge évolutif. L'individu possède un patrimoine biologique héréditaire, qui peut être complété, enrichi, et souvent corrigé par l'éducation et parfois par l'ambiance. Les psychologues doivent montrer aux éducateurs les buts à atteindre. Fidèle à la conception thomiste du composé humain, l'auteur expose dans son livre les différents problèmes avec objectivité, cherchant à donner à chacun la solution la plus rationnelle. L'ouvrage se termine par un index des noms d'auteurs et une importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

PROBLÈMES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Le nouveau monde de l'esprit. Problèmes de parapsychologie, n° 1, par J. B. RHINE, professeur de parapsychologie à l'Université Duke (Etats-Unis). (1 vol. 328 pages, *traduit de l'anglais* par Albert COLNAT, librairie d'Amérique et d'Orient Adrien Maisonneuve, Paris, 1955).

Après un exposé de faits et d'expériences de laboratoire concernant la « perception extra-sensorielle », la « clairvoyance », la « télépathie », la « psychokinésie », le Dr J. B. Rhine, professeur de « parapsychologie » à l'Université Duke aux Etats-Unis, trace ce qu'il appelle « la carte des régions découvertes » de ce « Nouveau Monde de l'Esprit », les frontières actuelles de la recherche, les problèmes majeurs actuellement posés à cette « science de demain », partie des « sciences de la nature ». Il discute les rapports du « parapsychisme » avec la physique, sa place dans la biologie et dans la psychologie, ses relations avec la religion, avec la santé de l'esprit, avec l'art de vivre.

L'auteur consacre un chapitre à l'histoire et aux motifs divers de l'intérêt porté par certains psychiatres et psychanalystes, particulièrement aux Etats-Unis, à ces faits qui « concernent essentiellement la vie mentale inconsciente », les phénomènes étudiés par la parapsychologie et la psychopathologie étant « évidemment des déviations de la vie normale en ce sens qu'ils sont exceptionnels ». S'élevant contre « la conception mécaniste de la personnalité humaine », sur laquelle « nul n'a pu édifier une psychothérapie utile et efficace » et contre le « stérile mouvement de bascule qui caractérise l'histoire de la psychiatrie », M. J. B. Rhine conclut que « les expériences ayant démontré que la personnalité de l'homme a des principes immatériels, donc nettement psychiques, les psychiatres doivent être mieux armés pour s'orienter vers une philosophie moins matérialiste des patients et des traitements ». La psychothérapie, ajoute-t-il, « n'est concevable que si le patient

possède une personnalité douée d'une volonté libre et d'un système de fonctions réellement psychiques (et immatérielles) ».

L'intérêt suscité dans les pays de langue anglaise par ce livre, paru en 1953 à New-York, les nombreuses objections qu'il fait naître et auxquelles l'auteur s'applique à répondre, le fait aussi que l'Université d'Utrecht aurait décidé de s'intéresser à ces expériences de « parapsychologie » et de « perception extra-sensorielle », naguère étudiées en France par le professeur Charles Richet et dont les rapports avec la psychopathologie paraissent en effet étroits, méritaient d'être portés à la connaissance de nos lecteurs.

R. C.

Je dors, mais mon cœur veille..., par Gaston BARDET. (1 volume, 438 pages, Librairie d'art ancien et moderne, Paris, 1954).

Succédant à « Pour toute âme », où l'auteur exposait les méthodes et degrés d'oraison, le présent livre qui en constitue la suite vise à préciser les critères extérieurs physiologiques, les éléments mesurables de toute expérience mystique, authentique ou non, liée dans ce dernier cas par exemple à des procédés magiques ou médicaux. Faisant une étude critique du yoga, cherchant à parvenir à le dépouiller de certaines déviations néfastes, prenant position contre la psychanalyse à laquelle il reproche, en particulier, de toujours réduire le supérieur à l'inférieur, d'être « une psychologie des bas-fonds », l'auteur évoque la tradition mystique de saint Jean de la Croix et de sainte Thérèse d'Avila. S'appuyant sur leurs ouvrages, il s'oppose à certaines interprétations données par divers commentateurs. Voulant revivifier l'enseignement mystique, il pense ainsi contribuer à lutter contre « une désagrégation spirituelle » de l'Occident par une pensée orientale à base magique. Les résultats obtenus avec le gayographe électronique sont reproduits, montrant un accroissement d'énergie par l'oraison décuplant l'énergie normale de l'homme. Deux planches hors-texte. Nombreuses références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

PSYCHIATRIE MEDICO-LEGALE

Homosexualité et délinquance (Homosexualidad y delincuencia), par Fernando GORRITI. (une plaquette, 14 pages, Talleres gráficos Juan Perrotti, Buenos Aires, 1955).

Dans cette conférence, prononcée à la société argentine de criminologie, le 20 juillet 1954, l'auteur fait d'abord un rappel historique sur l'homosexualité, puis expose les diverses variétés chez l'homme et chez la femme. Montrant le développement actuel de ce trouble et ses rapports avec la délinquance, il envisage quelques problèmes particuliers à la ville de Buenos-Aires. Quelques indications sont données pour la prophylaxie et l'hygiène mentale de l'affection.

V.-J. DURAND.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Importance de la recherche en psychiatrie (Importancia da pesquisa em psiquiatria), par MIRA Y LOPEZ. (*Neurobiologia*, Recife, t. 6, n° 3, septembre 1953, p. 252-260).

Sous une forme parfois ironique et imagée, l'auteur montre combien se sont étendues les tâches de la psychiatrie, mais combien aussi cet accroissement des devoirs de la spécialité ne correspond pas toujours à une augmentation réelle des connaissances scientifiques. C'est pourquoi la recherche en psychiatrie est indispensable. Elle doit se faire, non seulement à l'hôpital, mais aussi au dispensaire, en clientèle, dans des centres d'études où seraient examinés des sujets diversement atteints ou même normaux.

V.-J. DURAND.

Diagnostic de la personnalité et théorie de la personnalité (Diagnostik der Persönlichkeit und Persönlichkeitstheorie), par Robert HEISS (de Fribourg-en-Brisgau). (*Zeitschrift für diagnostische Psychologie und Persönlichkeitsforschung*, vol. 2, n° 1, 1954, p. 1-12).

Rappelant les principes des tests et, en particulier, de ceux dits de projection, l'auteur précise les caractéristiques de ces derniers. Il montre leur intérêt, leurs possibilités d'application pour le diagnostic de la personnalité, mais aussi leurs insuffisances et leurs limites. « Ils sont un moyen psychiatrique d'appoint, ils ne peuvent, dans aucun cas, remplacer un diagnostic psychiatrique. » Les différences qui s'observent entre les nombreux tests de projection, sont rappelées. Par exemple, celles qui opposent le Rorschach où le sujet doit imaginer une forme, une image, et celui de Szondi, qui implique un choix. Quelques exemples sont rapportés montrant, entre autres, la valeur pronostique de certains tests projectifs.

V.-J. DURAND.

Considérations critiques sur le test d'aperception thématique (T.A.T.) de Murray à travers l'étude de cent protocoles de malades mentaux (Considerazioni critiche sul test di appercezione tematica (T.A.T.) di Murray attraverso lo studio di centi protocolli di malati mentali) par G. C. REDA et E. SCHIAVI (de Rome). (*L'ospedale psichiatrico*, 21^e année, fasc. 4, octobre-décembre 1953, p. 301-334).

Rappelant les principes du test de Murray et décrivant les méthodes de lecture et d'interprétation des réponses, l'auteur fait la critique de ces procédés, qu'il considère comme trop longs. Indiquant la valeur diagnostique du Thematic Apperception Test, il propose, dans l'interprétation des données recueillies, d'adopter une technique différente suivant que l'on veut : 1) répondre à une recherche spécifique ; 2) éclairer un jugement diagnos-

tique ; 3) obtenir des éléments qui nous permettent d'approfondir la compréhension du malade et de son comportement. Des exemples tirés de l'expérience personnelle sont rapportés. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur l'utilité du test de Lamparter dans la pratique clinique (Sulla utilità del test di Lamparter nella pratica clinica), par Angelo C.-B. Lusso (de Turin). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 15^e année fasc. 2, mars-avril 1954, p. 169-176).

Chez 603 hystériques, 173 schizophrènes, 720 neurasthéniques, 201 oligophrènes, 307 déprimés, l'auteur a utilisé le test de Lamparter, en adoptant la technique de Sanguinetti et Sigurta. Les résultats ont été assez décevants. Ce test, dit aussi « de la grappe de raisin », semble donc à l'auteur de valeur encore douteuse.

V.-J. DURAND.

Infantilisme comme manifestation de l'époque (Infantilismus als Zeiter-scheinung), par Karl HEYMANN (de Bâle) (*Gesundheit und Wohl/jahrt, Revue suisse d'hygiène*, 34^e année, n° 6, juin 1954, p. 298-313).

L'auteur étudie de façon détaillée divers aspects contemporains de l'infantilisme caractériel et psychique, s'accompagnant de conservation des facultés intellectuelles. Cet infantilisme répond à un développement excessif de la technique, à un éloignement de plus en plus marqué de la nature, à une influence néfaste du milieu (vie urbaine, dissociation ou abdication familiale, films, radiophonie). L'auteur décrit la mentalité américaine, mélange paradoxal d'intelligence pragmatique et créatrice et d'infantilisme, parfois presque névrotique.

V.-J. DURAND.

Incidence des anomalies électro-encéphalographiques parmi les malades atteints de troubles mentaux paraissant d'origine inorganique. (Revue critique, par R. J. ELLINGSON. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 4, octobre 1954, p. 263).

L'auteur signale d'abord les difficultés de considérer comme anormaux certains tracés électro-encéphalographiques puisque deux électro-encéphalographes n'interprètent pas les tracés de la même manière.

En s'appuyant sur de nombreuses statistiques, il arrive aux généralisations suivantes : dans un seul groupe, celui des psychopathes, les anomalies électro-encéphalographiques sont à la fois fréquentes et importantes ; elles s'observent en moyenne dans 50 % des cas. Celles en rapport avec le problème du comportement des enfants sont constantes, fréquentes, mais variables, probablement à cause des différents cas, de l'organicité de certains d'entre eux, des critères incertains concernant les anomalies électro-encéphalographiques des jeunes sujets. Chez les schizophrènes, on les constate dans le tiers ou le cinquième des cas. Les résultats chez les psychonévrotiques sont contradictoires et les anomalies ne paraissent pas plus fréquentes que chez les sujets pris comme contrôle. Il n'y a aucune corrélation entre l'importance des anomalies électro-encéphalographiques et le type ou la gravité des

maladies mentales envisagées (schizophrénies, manie dépressive, psychoses involutives, psychonévroses). Aucun symptôme spécifique, sauf celui de l'agressivité, ne s'associe spécialement à l'anomalie. Les anomalies sont d'autant moins fréquentes que l'on considère des sujets plus âgés ; ce rapport est surtout évident chez les psychopathes et les épileptiques, mais il s'observe aussi chez les sujets pris comme contrôle.

L'auteur envisage les trois hypothèses suivantes pour expliquer ces anomalies : ou bien elles reflètent le retard de la maturité du système nerveux central ; ou bien elles sont d'origine psycho-somatique ; ou bien elles sont les témoins de défauts constitutionnels du cerveau intéressant sa structure ou sa pathologie biochimique. L'auteur conclut qu'actuellement l'électro-encéphalographie ne peut servir, ni pour le diagnostic différentiel des troubles mentaux, ni pour déterminer la personnalité des sujets.

L. MARCHAND.

Dysrythmie cérébrale (Disritmia cerebral), par Jorge COMEZ JARAMILLO. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 16, n° 3, septembre 1953, p. 286-307).

Groupant sous le nom de dysrythmie cérébrale : 1) l'épilepsie psychomotrice ; 2) les états hypobouliques et hypnoïques (y compris l'automatisme épileptique) ; 3) l'asthénie neuro-circulatoire, l'auteur étudie dans cet article l'épilepsie psychomotrice. Rappelant les travaux classiques sur ce sujet, il insiste sur les caractères cliniques permettant d'identifier cette forme du mal comitial, ainsi que sur ses caractères électro-encéphalographiques. Pour illustrer la description, dix observations personnelles sont rapportées. Deux figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Interprétation des symptômes de l'épilepsie « psychomotrice » en fonction des données de la physiologie rhinencéphalique, par Henri GASTAUT (de Marseille). (*La Presse médicale*, 10 novembre 1954).

Les travaux poursuivis depuis cinq ans par l'auteur en collaboration avec Y. Gastaut, N. Lesèvre, R. Naquet, A. et J. Roger, R. et M. Vigouroux, ont permis d'établir : 1° l'analogie qui existe entre les symptômes électro-encéphalographiques et cliniques des crises dites « psychomotrices » présentées par certains épileptiques et les post-décharges électriques et motrices qui surviennent chez le chat après la stimulation du rhinencéphale ; 2° l'opposition qui existe entre le comportement de ces mêmes épileptiques dans l'intervalle de leurs crises et le comportement des animaux ayant subi une ablation bilatérale du rhinencéphale.

Ces données permettent de conclure que l'épileptique psychomoteur se comporte dans l'intervalle de ses crises comme un animal présentant un état d'excitation rhinencéphalique continu et pendant ses crises comme un animal présentant une décharge rhinencéphalique paroxystique. Une telle conception physiopathogénique s'accorde avec les données de l'anatomie pathologique, qui mettent en évidence une altération rhinencéphalique prédominante chez les épileptiques psychomoteurs. Ces données physiologiques et anatomiques apportent donc la preuve indéniable d'une participation du rhinencéphale dans le développement de l'épilepsie psychomotrice.

L. R.

Etude électro-clinique de la corne d'Ammon chez les épileptiques et non épileptiques par R. LAFON, Cl. GROS, R. LABAUGE et J.-P. TEMPLE. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, séance du 30 novembre 1954).

La confrontation des signes cliniques, des lésions anatomiques et de l'évolution post-opératoire, avec l'activité électrique *spontanée* de la corne d'Ammon, a été faite chez 15 malades (hémisphérectomie ou lobectomie temporelle). Elle montre : 1° que l'activité hippocampique est profondément altérée dans les épilepsies d'apparition précoce, avec signes neurologiques et grosses lésions anatomiques ; 2° que les résultats post-opératoires les meilleurs furent obtenus lorsqu'il existait une altération de l'activité spontanée de la corne d'Ammon.

L. R.

Considérations sur l'intelligence des épileptiques (Considerazioni sulla intelligenza degli epilettici), par L. MASSIGNAN et G. ROI (de Padoue). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 7, n° 6, novembre-décembre 1953, p. 349-365).

Utilisant le test de Rorschach chez les épileptiques et comparant les résultats obtenus avec ceux du test de Wechsler-Bellevue, les auteurs ont trouvé chez ces malades que la capacité intellectuelle s'exprimait par les signes suivants : richesse associative, combinaisons ingénieuses, langage soigné, réponses généralement bien élaborées, variété des contenus, présence de réponses de mouvements, quelques interprétations nettement délimitées. Le Rorschach des épileptiques, d'autre part, se montre influencé notablement par l'ensemble de la personnalité, tandis que le niveau intellectuel ne joue qu'un rôle assez secondaire. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Caractérologie des épileptiques (Caracterologia dos epilepticos), par J. ALVES GARCIA. (*Medicina, cirurgia, farmacia*, Rio-de-Janeiro, n° 210, octobre 1953, p. 425-434).

Etudiant les types constitutionnels athlétiques et leur prédisposition à l'épilepsie, ainsi que les biotypes glischroïdes, énéchétiqes, et les variantes ictaffines, l'auteur analyse les réactions psychiques des comitiaux en dehors des crises. Elles existent dans 75 % des cas, concernant langage, psychomotilité, pensée, style, écriture. Le Rorschach est caractéristique. Il faut signaler l'inaptitude pour la musique. De très importantes observations peuvent être faites par l'étude des familles et celle des jumeaux. Enfin, l'auteur rappelle la valeur des travaux de Manz et décrit ses quatre types caractérologiques de personnalité épileptique.

V.-J. DURAND.

Psychoses épileptiques (Psicoses epilepticas), par J. ALVES GARCIA. (*Medicina, cirurgia, farmacia*, Rio-de-Janeiro, n° 211, novembre 1953, p. 478-487).

Sous le nom de psychoses épileptiques, l'auteur décrit successivement : les états crépusculaires, le somnambulisme et les phénomènes de dédoublement

de la personnalité (par contre, les états émotionnels de transe sont typiquement névrotiques), les dysthymies, y compris la dipsomanie, l'ivresse épileptique et les épilepsies affectives, les psychoses marginales de Kleist avec pycnolepsie et narcolepsie, les délires et les hallucinations, ainsi que les états d'extase, la démence ou détérioration des comitiaux, les psychoses associées (oligophrénie, schizophrénie), les psychopathies épileptiques, les syndromes névrotiques survenant chez les épileptiques (soit comme forme initiale, soit comme type réactionnel, soit en association). Il faut insister sur l'intérêt de l'épilepsie viscérale. Quelques observations personnelles sont évoquées.

V.-J. DURAND.

Epilepsie complexe avec états oniroïdes conscients (*Epilessia complessa con stati oniroidi coscienti*), par Emanuele MOTTA (de Messine). (*L'ospedale psichiatrico*, 21^e année, fasc. 2, avril-juin 1953, p. 115-148).

L'auteur rapporte un cas d'épilepsie avec convulsions et absences, associées à des accès de rire, de mysticisme, de graphomanie, d'excitation avec hallucinations et délires, sans perte de conscience. La pathogénie de ces divers symptômes est discutée. Un syndrome de dysfonction diencephalique est admis. La constatation de signes radiologiques d'endocraniose de la région hypophysaire fait penser à une réaction de voisinage, secondaire à des processus infectieux chroniques du rhinopharynx, agissant sur un diencephale méiopragique. Une revue de la littérature est faite à propos de cette observation. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Somnambulisme épileptique (*Somnambulismo epileptico*), par A. L. NOBRE DE MELO (de Rio-de-Janeiro). (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 16, n° 3, septembre 1953, p. 272-285).

On a considéré le somnambulisme comme de nature épileptique, puis hystérique. Les études électro-encéphalographiques ont permis de reconnaître l'existence, d'ailleurs rare, du somnambulisme d'origine comitiale. L'auteur en présente deux cas : l'un de somniloquie persévérative, l'autre avec vérification électro-encéphalographique. A côté des formes hystériques avec état crépusculaire, il faut connaître les variétés épileptiques. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'épilepsie provoquée par des situations ambiantales complexes (*L'epilessia provocata da situazioni ambientali complesse*), par Emanuele MOTTA (de Messine). (*L'ospedale psichiatrico*, 21^e année, fasc. 3, juillet-septembre 1953, p. 248-262).

Passant en revue les opinions contradictoires émises à propos de l'épilepsie réflexe, l'auteur rapporte un cas assez particulier. Chez un jeune homme de 22 ans, s'observent des crises convulsives au repas de midi quand le malade absorbe un potage de pâtes à la sauce tomate. La première crise eut lieu à 9 ans par l'absorption d'un plat semblable. Il n'y a pas de convulsions si le malade n'a pas faim ou a déjà mangé avant le repas. Récemment, l'épilepsie s'est aggravée avec apparition de crises nocturnes

ou diurnes, sans rapports avec des stimulations externes. Il ne s'agit pas d'une épilepsie réflexe typique, des facteurs facilitants psychiques agissant sur un terrain particulièrement prédisposé. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Forme singulière d'érotopathie épileptique (Forma singular de erotopatia epileptica), par J. ALVES GARCIA et Almir A. GUIMARAES. (*O hospital*, Rio-de-Janeiro, vol. 44, n° 4, octobre 1953, p. 527-531).

Les auteurs rapportent un cas d'impulsions érotiques, subites, incoercibles, se terminant dans un état d'inconscience, suivies de grande fatigue, de céphalée et de troubles de la cénesthésie cérébrale. Les modifications de l'électro-encéphalogramme permettent de rattacher ces phénomènes à l'épilepsie ; il s'agit d'une forme de l'épilepsie autonome diencephalique de Penfield. Le traitement par l'hydantoïne de sodium amena une sensible amélioration. Quatre figures (tracés électro-encéphalographiques).

V.-J. DURAND.

L'épilepsie des tumeurs cérébrales, par J.-A. CHAVANY, J. PECKER et D. HAGENMULLER (de Paris). (*La Presse médicale*, 27 octobre 1954).

Signe précoce et fréquent des tumeurs sustentorielles, l'épilepsie tumorale, en dehors de son début à l'âge adulte, ne se différencie guère cliniquement de l'épilepsie idiopathique. Seul le petit mal, avec ses caractéristiques électro-encéphalographiques, n'est jamais tumoral. C'est dire la nécessité absolue des examens complémentaires : électro-encéphalographie, artériographie, encéphalographie fractionnée ou ventriculographie qui permettent une détection rapide et une localisation précise du processus tumoral. C'est là un énorme progrès permettant d'opérer les malades avant l'installation de l'hypertension intracrânienne laquelle, soulignent les auteurs, n'est pas un signe de tumeur cérébrale, mais un signe de complication de tumeur cérébrale et pose un diagnostic d'intervention d'urgence.

L. R.

Sur un épileptique mort d'ictère grave aigu, par Paul CHEVALLIER, G. BILSKI-PASQUIER, R. PLUVINAGE, M^{me} PÉROL-VAUCHEZ et M. SAMAMA. (*Bull. de la société française d'hématologie*, séance du 16 Juin 1955).

Observation d'un épileptique traité sous surveillance hématologique stricte depuis quatre ans par : gardénal, hydantoïne de soude et paraméthane dione. Un coma hémorragique avec subictère emporte le malade en 48 heures. L'autopsie révèle un purpura viscéral généralisé prédominant sur le tube digestif, une nécrose massive du parenchyme hépatique (foie non atrophié). L'examen histologique de l'appendice montre deux foyers infiltrés de polynucléaires. Les auteurs discutent l'étiologie de ce coma toxique ou infectieux, et insistent sur l'intérêt de l'étude analytique du temps de Quick, dont la valeur diagnostique et pronostique a été récemment démontrée dans les atteintes hépatiques.

L. R.

Epilepsie viscérale (*Epilepsia visceral*), par J. ALVES GARCIA et Almir A. GUIMARAES. (*O hospital*, Rio-de-Janeiro, vol. 44, n° 2, août 1953, p. 207-219).

Après un rappel historique (auras et équivalents viscéraux du mal comitial), les auteurs décrivent l'état actuel de la question, s'attachant surtout aux formes viscérales pures pour lesquelles l'électro-encéphalographie est d'un intérêt capital. Six observations sont rapportées. Les attaques vasovagales, décrites par Gowers, peuvent être rattachées à l'épilepsie viscérale et l'ensemble doit être inclus dans l'épilepsie autonome diencephalique de Penfield. Le cortex cérébral ne paraissant pas comporter de représentations viscérales, celles-ci se faisant dans les noyaux diencephaliques et les parois du III^e ventricule, on peut opposer des épilepsies corticales (convulsives avec troubles de la conscience et atteinte mentale) et des épilepsies diencephaliques, essentiellement viscérales. Douze figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'épilepsie abdominale, par Maurice JAY (de Paris) (*La Presse médicale*, 4 mai 1955).

« Parmi les équivalents viscéraux de l'épilepsie », écrivait déjà Charles Féré en 1890, « on peut observer des troubles gastriques sous forme de gastralgies, d'entéralgies, de nausées ou de vomissements inopinés et sans causes, de diarrhées subites, de coliques... ». Ces syndromes, continuait-il, « pourraient à plusieurs titres être considérés comme des accès incomplets dont ils présentent les phénomènes douloureux ou moteurs à l'état d'isolement ».

On décrit actuellement, sous le nom d'épilepsie abdominale, une forme particulière d'équivalents dans lesquels la douleur abdominale est au premier plan, soit isolée, soit accompagnée de troubles de la sphère digestive. Le polymorphisme des douleurs, leur caractère paroxystique, posent souvent de difficiles problèmes de diagnostic avec des urgences chirurgicales et de nombreuses affections digestives. D'où la nécessité d'un interrogatoire soigneux : brusquerie du déclenchement et de la terminaison des crises, brièveté, récurrence sous forme stéréotypée ; manifestations mineures de l'épilepsie (myoclonies, perte des urines), des crises convulsives même lointaines dans les antécédents. L'électro-encéphalogramme apporte souvent la preuve de l'épilepsie ; cependant sa négativité ne permet pas de l'éliminer à coup sûr. Le succès d'un traitement d'épreuve sera l'argument décisif pour porter avec certitude un diagnostic hésitant.

Nos connaissances concernant les représentations cérébrales du système digestif ont largement profité des travaux physiologiques de ces dernières années ; il est difficile de préciser avec certitude la hiérarchie des différents centres, ainsi que les fibres qui les unissent. Un cas particulier, constitué par une forme spéciale d'épilepsie sensitive localisée à la paroi de l'abdomen, est sous la dépendance de la zone sensitive de la circonvolution pariétale ascendante.

L. R.

Considérations sur l'épilepsie réflexe, par J.-A. CHAVANY, G. LOBEL et D. HAGENMULLER (de Paris et de Brest). (*La Presse médicale*, 16 février 1955).

A la lumière d'un certain nombre d'observations, les auteurs envisagent trois variétés d'épilepsie réflexe : 1° celle où l'excitation périphérique provoque le paroxysme chez des épileptiques avérés ; 2° celle où le paroxysme est déclenché par l'excitation périphérique chez des sujets apparemment non épileptiques ; 3° celle où l'excitation périphérique de type lentement irritatif paraît conditionner un cerveau jusqu'alors épileptiquement indemne. Ils montrent l'importance conjointe du facteur périphérique déclenchant et du facteur cérébral préparant, ce dernier pouvant résulter de l'action compliquée de la sensibilisation (phénomène actif) et de la prédisposition (phénomène passif).

L. R.

Myoclonie-épilepsie familiale de type Unverricht ; étude clinique, électro-encéphalographique et anatomique, par J. DE AJURIAGUERRA, J. SIGWALD et Cl. PIOT (de Paris). (*La Presse médicale*, 25 décembre 1954).

Observation clinique, électro-encéphalographique, anatomique, d'un cas de myoclonie-épilepsie appartenant à une fratrie de trois enfants atteints de la même maladie. Evolution progressive vers la mort. Symptomatologie consistant en myoclonies, secousses épileptiques, troubles psychiques aboutissant à une détérioration mentale complète. A l'électro-encéphalogramme, importante désorganisation des tracés ; rythmes normaux remplacés par des ondes lentes et surchargés d'éléments paroxystiques : pointes, poly-pointes, poly-pointes-ondes. L'électromyographie a montré l'habituelle coexistence entre les pointes cérébrales et musculaires. A l'étude anatomique, importante dégénérescence des corpuscules amyloïdes de Lafora. Dégénérescence prédominant dans le noyau dentelé du cervelet, le locus niger, le pallidum et le cortex rolandique.

L. R.

Sur une épilepsie-myoclonie familiale d'Unverricht-Lundborg chez le Noir, par Peter JANSSEN. (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, février 1955).

Arbre généalogique et étude clinique d'une famille de race noire, originaire du territoire d'Astrida (Ruanda-Urundi) atteinte d'épilepsie-myoclonie d'Unverricht-Lundborg. Observation du frère et de la sœur. Un autre frère est mort de cette affection. Il s'agit vraisemblablement des premiers cas décrits chez les Noirs.

L. R.

Deux cas familiaux de polycorie glycogénique du foie, par G. SEMELAI-GNE, HUREZ, SALLOU et BREZECICKI-GALLAND. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 15 février 1955).

Les auteurs ont noté dans ces deux cas une hépatomégalie considérable et des crises convulsives.

Chez le premier enfant, une fillette, les crises convulsives apparues vers

12 mois présentaient le caractère de crises hypoglycémiques. L'enfant a actuellement 6 ans et chez elle le syndrome biologique est au complet : hypoglycémie à jeun, courbe d'hyperglycémie adrénalinique en plateau, lipémie élevée, cétonurie.

Chez le frère, âgé de 2 ans 1/2, deux crises convulsives généralisées ne sont survenues qu'à 1 mois 1/2. Le syndrome biologique est identique. On note un léger retard psycho-moteur.

L. R.

Contribution à l'étude systématique des crises névropathiques de l'homme, par J.-L. COURCHET (de Paris). (*Le bulletin médical*, 68^e année, n° 8, 15 avril 1954, p. 197-204).

Dans le groupe discuté des crises psychomotrices fonctionnelles, l'auteur distingue, se fondant sur les conceptions de Jackson : a) la crise psychomotrice sans inhibition, se déroulant dans l'état vigile, s'accompagnant de manifestations psychiques typiques, donnant des rythmes rapides à l'électro-encéphalogramme, d'évolution assez favorable ; b) les crises psychomotrices post-inhibitives, annoncées par des prodromes essentiellement anxieux, évoluant en une phase prémotrice d'inhibition et une motrice de décharge, s'accompagnant de signes d'inhibition consciente, avec un rythme thêta antérieur, bilatéral et symétrique de pronostic plus sévère ; c) les crises fonctionnelles purement inhibitives. Ce qui transparaît dans toutes ces formes, reliées par des types intermédiaires, c'est la notion d'une activité nerveuse motrice non intégrée. Les troubles de la vision, de la perception de l'espace sont très importants. De même ce que l'auteur décrit sous le nom d'activité mimétique, proche de l'auto-suggestibilité. Quant à la notion d'inhibition, elle est également capitale. Des relations existent, enfin, entre les crises fonctionnelles et certaines formes d'épilepsie temporale.

V.-J. DURAND.

L'angoisse dans les psychoses, par W.-V. SIEBENTHAL. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. XIV, n° 3, 1955.)

Exposé des manifestations expressives de l'angoisse en prenant comme exemple les réactions instinctives de l'agitation et de l'inhibition. Description de l'angoisse dans quelques groupes cliniques, l'auteur considérant que l'angoisse est un fait central et constant dans les psychoses. Description de diverses formes d'angoisse. Possibilités et limites de la compréhension du phénomène de l'angoisse dans les psychoses : explication causale, compréhension psychologique, approche anthropologique.

L. R.

Sur deux cas de phénomènes héautoscopiques consécutifs à des lésions organiques, par John PEARSON (de Swindon) et Kenneth DEWHURST (d'Oxford). (*L'encéphale*, t. 43, n° 2, 1954, p. 166-172).

Les auteurs rapportent deux cas intéressants d'héautoscopie : le premier est survenu chez un homme de 46 ans, cultivé, ayant eu déjà lors d'une fièvre typhoïde des phénomènes héautoscopiques. Les signes apparurent comme première manifestation d'une hémorragie méningée. Les hallucinations

furent continues, mais isolées. Le deuxième cas concernait un homme de 62 ans, d'esprit peu développé. Les hallucinations héautoscopiques apparurent progressivement, associées à des symptômes de lésion de la région pariéto-occipitale gauche. Elles étaient intermittentes. L'autopsie montra l'existence d'un glioblastome étendu des lobes pariétal et occipital gauches. Il est généralement difficile d'accorder une valeur localisatrice à l'héautoscopie.

V.-J. DURAND.

A propos d'une forme incomplète de gargoylisme; intérêt diagnostique de la ponction-biopsie du foie, par Th. KAMMERER, M. MATHIS et A. WACKENHEIM (de Strasbourg). (*La Presse médicale*, 19 octobre 1955).

Les récentes confrontations anatomo-cliniques permettent actuellement de systématiser la question des formes incomplètes de gargoylisme. Alors qu'avant les recherches anatomiques on ne pouvait poser le diagnostic de gargoylisme (dysostosis multiplex-lipocondrodystrophie) qu'en cas de symptomatologie complète, on peut aujourd'hui isoler des types de gargoylisme fruste. A propos de l'observation d'une fillette de 8 ans présentant, avec des troubles somatiques importants, de l'idiotie et « l'aspect de gargouille », les auteurs, qui se sont attachés à l'étude de ce problème diagnostique, arrivent à la conclusion que « l'aspect de gargouille », associé à l'un des quatre symptômes cardinaux, suffit au diagnostic positif si l'on a pris soin d'éliminer toute autre affection, en particulier le crétinisme, la maladie de Morquio et la maladie de Clément. Ils soulignent l'intérêt de la ponction-biopsie du foie pratiquée chez leur malade et préconisent son utilisation dans tous les cas douteux. (5 figures).

L. R.

Manifestations psychiatriques au cours de l'hépatite épidémique, par R. LAFON, R. LABAUGE et J.-P. TEMPLE. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 17 décembre 1954).

Les auteurs attirent l'attention sur l'expression mentale de l'hépatite à virus, se traduisant dans les deux cas rapportés par un état confusionnel prolongé avec agitation intense pour l'un, par un syndrome d'allure schizophrénique mais rapidement régressif pour l'autre. Ces deux observations ont comporté d'importantes perturbations protéiques avec positivité des « tests hépatiques » (en particulier du Mac Lagan) et élévation anormale des γ -globulines.

L. R.

Bouffée excitomaniaque d'origine anémique immédiatement réversible par transfusion sanguine, par P. PASQUET, RENNER et P. NAVARRANNE. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 15 février 1955).

Apparition chez un anémique d'une bouffée d'excitation psycho-motrice, d'allure maniaque et non confusionnelle, vraisemblablement due à des trou-

bles fonctionnels diencephaliques. Ces troubles psychopathiques aigus ont en effet disparu au cours même de la transfusion sanguine effectuée d'urgence. Ils ne constituent pas un syndrome psycho-anémique proprement dit.

L. R.

Problèmes de l'alcoolisme (Problemas del alcoholismo), par Erik JACOBSEN (Danemark). (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 3^e année, n° 9, octobre 1953, p. 1-13).

Dans cet article, l'auteur danois étudie essentiellement les effets de l'alcool sur le système nerveux central, puis la relation entre la concentration alcoolique dans l'organisme et le degré d'intoxication, c'est-à-dire le problème de la tolérance. Cette dernière présente d'importantes variations avec l'âge, le sexe, une prédisposition héréditaire, l'habitude, l'état physique et mental. L'auteur donne de très utiles précisions sur le rôle néfaste de certains médicaments en cas d'intoxication alcoolique, par exemple les barbituriques ou la morphine. Diverses observations démonstratives sont rapportées.

V.-J. DURAND.

Le béribéri cardiaque d'origine alcoolique, sa place dans l'insuffisance cardiaque d'origine alcoolique. A propos d'une observation, par L. LANGERON (de Lille). (*La Presse médicale*, 13 octobre 1954).

Observation, clinique et biologique, chez un homme de 26 ans, d'une insuffisance cardiaque d'origine alcoolique, rappelant trait pour trait les accidents cardiaques du béribéri, et qualifiée de béribéri cardiaque d'origine alcoolique. Action rapide de la vitamine B1 *employée seule*. Discussion du mécanisme périphérique de cette asystolie. Fait rarement constaté dans l'insuffisance cardiaque d'origine alcoolique, peut-être parce que les malades sont vus trop tard, alors qu'ils présentent un tableau rappelant l'asystolie dite congestive.

L. R.

Alcoolisme aigu et delirium tremens en milieu hospitalier parisien. Considérations cliniques et thérapeutiques à propos de 40 cas récents, par A. RAVINA, M. PESTEL et R. ALBOUY. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 17 juin 1955).

40 observations de delirium tremens recueillies en cinq mois dans un service parisien de médecine générale. Les auteurs insistent sur la fréquence et sur la gravité de l'intoxication éthylique en milieu hospitalier. Ils montrent que la thérapeutique du delirium tremens s'est enrichie de l'apport de la médication ganglioplégique et précisent les modalités de leur traitement. Sur 40 cas de delirium tremens, ils n'ont eu que deux décès chez des sujets âgés. Ils insistent sur quelques éléments pronostiques tirés de l'allure clinique et l'étiologie exclusivement œnologique des cas observés.

D'après les statistiques du service, plus d'un tiers des hommes hospitalisés sont des éthyliques. La moitié des décès est due à cette intoxication : sur

300 vérifications anatomiques effectuées dans ce seul service durant ces trois dernières années, 124 concernaient des cirrhoses éthyliques. Ces chiffres montrent l'ampleur et la gravité du problème de l'alcoolisme en milieu hospitalier parisien.

L. R.

Image consécutive et effets optocinétiques. Contribution à l'étude des hallucinations visuelles du delirium tremens, par F. MOREL et P. SCHIFFERLI (de Genève). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 2, 1953, n° 4, p. 339-347).

Utilisant l'enregistrement photographique d'un rayon lumineux réfléchi par la cornée, les auteurs ont analysé les mouvements du globe oculaire provoqués par la présence d'une image consécutive. Ils ont noté que ces mouvements variaient en vitesse et en direction selon la situation de la zone rétinienne impressionnée par rapport à la fovéa. La connaissance de ces faits peut servir à l'étude de l'organisation optocinétique élémentaire occipitale et à celle des scotomes relatifs au delirium tremens. Une figure.

V.-J. DURAND.

Encéphalopathie de Gayet-Wernicke survenue au décours d'un delirium tremens. Guérison rapide par la vitamine B 1 à doses massives, par J. LEREBoullet, L. VIDART et E. GASTEAU. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 8 juillet 1955).

Au décours d'un delirium tremens : encéphalopathie alcoolique de type Gayet-Wernicke avec somnolence, apathie, hyperthermie, gâtisme, paralysie faciale. Guérison rapide par injection de 400 mgr. de vitamine B1 associée à la vitamine C. Les auteurs soulignent le caractère atypique de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, dans laquelle les paralysies oculaires peuvent manquer et l'intérêt, en pareil cas, de la vitaminothérapie intensive.

L. R.

Syndrome de Korsakoff post-commotionnel avec dysrythmies mésodiencephaliques initiales. Méconnaissance systématique par amnésie rétrograde élective, par J. ALLIEZ, P. MOUREN et Y. CARCASSONNE (de Marseille). (*L'encéphale*, t. 42, 1953, n° 6, p. 500-507).

Les auteurs rapportent une intéressante observation de syndrome de Korsakoff par traumatisme céphalique grave, chez une jeune femme de 21 ans, avec gros troubles mnésiques, fabulation compensatrice, et surtout méconnaissance systématique du récent mariage. L'électro-encéphalogramme au début évoquait une altération sous-corticale mésodiencephalique. Peu à peu, les signes mentaux s'atténuaient. La lacune mnésique diminuait. La méconnaissance systématique cédait à son tour tandis que les tracés électro-encéphalographiques s'amélioraient. Diverses considérations cliniques et physiopathologiques sont faites à propos de ce cas. Deux électro-encéphalogrammes sont reproduits.

V.-J. DURAND.

Syndrome de Korsakoff et corps mamillaires, par Jean DELAY et Serge BRION. (*L'encéphale*, t. 43, n° 3, 1954, p. 193-200).

Chez une malade de 59 ans, qui avait présenté une psycho-polynévrite alcoolique avec syndrome de Korsakoff, l'autopsie montra la localisation presque exclusive des lésions au niveau des corps mamillaires. Il y avait quelques altérations discrètes autour du III^e ventricule, dans la paroi inféro-externe des cornes frontales, dans la paroi postérieure de l'aqueduc de Sylvius, dans l'olive bulbaire. Le cortex était normal. L'atteinte presque exclusive des corps mamillaires pose le problème de leur rôle dans les fonctions mnésiques. L'intégrité des fonctions de mémoration dépendrait d'un circuit comprenant : corps mamillaires, faisceau de Vicq d'Azyr, thalamus et cingulum. Des hypothèses sont proposées pour expliquer le mécanisme d'action des lésions. Trois figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La régression des conduites chez le traumatisé. Son importance dans la reprise du travail, par A. SIVADON et J. DE VERBIZIER. (*Bull. de la Société de médecine et d'hygiène du travail*, séance du 18 avril 1955).

Les auteurs rappellent les difficultés de la reprise du travail chez les sujets atteints d'affections qui remanient profondément leur personnalité. Près de la moitié des sujets réadaptés n'exercent pas le métier appris dans les centres et reviennent à leur profession initiale.

Les auteurs étudient le problème de la régression des conduites et montrent comment, dans certaines conditions, il est possible d'y remédier.

L. R.

NEUROLOGIE

L'évolution de nos connaissances sur la myasthénie de Thomas Willis à Walker, par Ludo VAN BOGAERT et J. RADERMECKER (d'Anvers). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, avril 1955).

Intéressant exposé historique allant de l'original de la première description de Willis en 1672 aux travaux de Walker. Rappel de la première observation anatomo-clinique publiée en 1877 par Wilkes, de la description de l'affection par W. Erb, des cas rapportés par Eisenlohr, Oppenheim, des travaux de Goldflam et de Jolly, dégageant l'autonomie de cette affection, etc. Discussion du rôle du thymus.

L. R.

Symptômes oculaires de la myasthénie, par J. FRANÇOIS, Cl. BEGAUX, G. DECOCK, (d'Anvers), R. STEFENS et A. DE ROUCK (de Gand). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, avril 1955).

Constants dans la myasthénie, les symptômes oculaires (dont les principaux sont le ptosis et la diplopie) en marquent le début dans 50 % des cas. Méthodes d'examen et résultats. Les auteurs confirment l'action thérapeutique sur les troubles oculaires de la prostigmine et surtout de la pyridostymine. Très importante bibliographie.

L. R.

Myasthénie latente chez une malade porteuse d'un dysembryome kystique du médiastin, par Ph. DAUMET, Y. SAUVAGE et M. DAUSSY. (*Bull. de la Société de chirurgie thoracique française*, séance du 6 octobre 1954).

Malade de 63 ans, porteuse d'une volumineuse tumeur kystique du médiastin antérieur. Exérèse par thoracotomie droite (le kyste contient 1 l. 1/2 de liquide brunâtre) sans difficulté particulière. Ramenée dans son lit, la malade doit être réintubée deux fois en raison d'une paralysie des muscles respiratoires, témoignant d'une intoxication au curare. La malade n'a cependant reçu que 15 mgr. de ce produit. 25 ampoules de prostigmine rétablissent la situation.

La découverte d'éléments thymiques à l'examen anatomo-pathologique et la notion d'une asthénie que l'importance de la dyspepsie avait rejetée dans l'ombre, permettent de conclure à une myasthénie latente par tumeur thymique bénigne. Après un an, la malade va bien et ne ressent plus de lassitude anormale.

L. R.

Rigidité musculaire artériosclérotique ; rapport spécial sur l'évolution des troubles, par W. L. BRUETSCH et C. L. WILLIAMS. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. III, n° 5, p. 333, novembre 1954.)

Le syndrome décrit pour la première fois par Foerster consiste en une rigidité musculaire progressive, lenteur des mouvements, types variés de la marche, absence habituelle de tremblements, détérioration mentale. Les auteurs rapportent deux observations avec examens anatomo-pathologiques. Le globus pallidus et le locus niger ne présentent aucune lésion. Le plus grand nombre de ramollissements macroscopiques et microscopiques sont situés dans les corps striés. Les auteurs concluent que le syndrome résulte de l'atteinte partielle de différents systèmes (fibres fronto-ponto-cérébelleuses, système pyramidal et extra-pyramidal) plutôt que de la lésion de centres spéciaux. Discussion sur le diagnostic avec la paralysie agitante (six figures et photomicros).

L. MARCHAND.

Afibrinémie avec coma hémiplegique au cours d'un accouchement gémellaire, par F. LEPAGE, L. LEMERRE et A. DUPEY. (*Bull. de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris*, séance du 1^{er} février 1955).

A propos de cette observation fort complexe, dans laquelle les signes neurologiques ont précédé l'afibrinémie et ont été suivis d'accidents rénaux graves, les auteurs discutent la pathogénie d'un tel syndrome et envisagent la possibilité d'une embolie amniotique. L'examen anatomo-pathologique du placenta a mis en évidence l'existence de précipitation intra-vasculaire de fibrinogène. Il est à noter que la malade a guéri sans séquelles apparentes.

L. R.

Le diagnostic étiologique des vertiges, par J.-A. CHAVANY, J. LEMOYNE et D. HAGENMULLER. (*La Presse médicale*, 62, n° 30, 24 avril 1954, p. 631-633).

Phénomène cortical aux causes multiples, le vertige doit entraîner un examen complet avec surtout étude oto-rhino-laryngologique, ophtalmolo-

gique, mais surtout labyrinthique. Suivant les résultats de l'examen du labyrinthe, on peut distinguer quatre groupes de vertiges : groupe I (réactions vestibulaires normales), causes générales : intoxications exogènes et endogènes, troubles circulatoires, neuro-végétatifs, hydropisie labyrinthique, vices de réfraction, vertige de Ménière à forme névralgique ; groupe II (réactions pathologiques de type périphérique) : suppurations auriculaires aiguës et chroniques, surdités brutales ou progressives, fractures du rocher ; groupe III (réactions atypiques en faveur d'une atteinte tronculaire) : lésions sur le trajet du nerf auditif : arachnoïdites, tumeurs de l'angle pontocérébelleux au début ; groupe IV enfin (réactions dissociées de type central) : atteinte cérébrale sous-tentorielle, sus-tentorielle ou diffuse. En résumé, on peut dire avec les auteurs : « Les vertiges du groupe I ressortissent de la médecine générale ; ceux du groupe II de l'otologie pure ; ceux des groupes III et IV de la neuro-psychiatrie et de la neuro-chirurgie. »

V.-J. DURAND.

L'hypotension cérébrale orthostatique isolée, cause encore méconnue de vertiges et céphalées, par P. DELORE, L. PAUFIQUE, P. MOREAU et R. LAMBERT (de Lyon). (*La Presse médicale*, 18 mai 1955).

Les auteurs concluent à la légitimité d'individualiser un syndrome d'hypotension cérébrale orthostatique isolée à côté de l'hypotension orthostatique générale. Un tel trouble peut facilement passer inaperçu si l'on n'y songe pas. Il est vraisemblable qu'il est assez fréquent. Il est susceptible d'entraîner des malaises, des troubles dépressifs souvent rencontrés en pratique médicale et volontiers rapportés à des causes diverses, notamment digestives ou neuro-psychiques. Il importe donc d'y penser pour demander un examen ophtalmologique sans lequel le diagnostic est impossible.

Il appartient, ajoutent les auteurs, à d'autres observateurs de prendre ces faits en considération et de préciser leur fréquence, leur pathogénie et leur traitement.

L. R.

Une cause rare d'amaurose : l'artérite temporale (à propos de 3 observations), par M^{me} D. GODDÉ-JOLLY. (*Bull. de la Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 19 février 1955).

Présentation de trois observations de maladie de Horton (artérite temporale) accompagnée de manifestations oculaires. Perte brutale et bilatérale de la vision dans le premier cas avec coexistence d'un œdème ischémique de la papille au fond d'œil. Amaurose subite unilatérale sans modifications du fond d'œil dans la deuxième observation. Baisse bilatérale de la vision avec rétrécissement du champ visuel et œdème papillaire dans le troisième cas. Rappel clinique, biologique et anatomo-pathologique des principaux signes de l'affection.

L. R.

Les fonctions du territoire cortical de l'artère cérébrale antérieure. Parentés séméiologiques des syndromes vasculaires traumatiques et tumoraux, par J.-A. CHAVANY, R. MESSIMY, B. PERTUISET et D. HAGENMULLER (de Paris). (*La Presse médicale*, 6 avril 1955).

Aux travaux fondamentaux de Charles Foix et de son école, la clinique neurologique moderne a apporté un complément de grande valeur en faisant état de lésions artérielles quasi-expérimentales, de lésions traumatiques et tumorales de topographie analogue. Grâce à l'étude de neuf observations et des conclusions fournies par la littérature, les auteurs décrivent un syndrome global de la cérébrale antérieure avec comme signes constants : l'hémiplégie spéciale, les troubles de la conscience, les troubles sphinctériens ; comme signes inconstants : l'épilepsie focale, le grasping reflex et des troubles spéciaux du langage de type exécutif. Ils distinguent ensuite les syndromes partiels, où l'on retrouve dans chaque cas particulier un ou plusieurs des signes précédents. Le territoire de l'action cérébrale antérieure paraît être en rapport avec une organisation simple et ancienne de la motilité et de la gesticulation. Ce territoire agirait sur la parole et le langage en les facilitant ; par contre, il inhiberait certains automatismes anciens comme le grasping reflex.

L. R.

Les thrombophlébites cérébrales, par J. O. TRELLES, V. PAREDES et L. PALOMINO (de Lima). (*La Presse médicale*, 27 avril 1955).

Trois observations de thrombophlébites cérébrales, dont deux avec contrôle anatomique. Les caractères cliniques de ces accidents vasculaires : céphalées, crises convulsives, déficit moteur, à évolution parfois régressive, doivent permettre, lorsqu'elles sont associées à un syndrome infectieux, de suspecter le diagnostic clinique. Lésions anatomiques minutieusement détaillées. Les deux cas rapportés sont caractéristiques de l'atteinte veineuse cérébrale : stases congestives, nombreux foyers d'hémorragie à localisations péri-veineuses, thrombose organisée des veines. Le pronostic de ces thrombophlébites n'a pas la rigueur de celui des thromboses artérielles, la régression presque totale des troubles étant possible dans les cas où les thromboses superficielles sont compensées par la richesse anastomotique du réseau veineux cortical.

L. R.

Thrombo-phlébite cérébrale de la grossesse. Etude clinique et anatomique, par J. DEREUX et J.-F. DEREUX. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 4 mars 1955).

Un cas de thrombo-phlébite cérébrale chez une femme enceinte de sept mois. Aucune complication de la grossesse, aucune infection n'ont pu être décelées chez cette malade. La plupart des thrombo-phlébites cérébrales dites de la grossesse sont en réalité des thrombo-phlébites cérébrales du post-partum ou du post-abortum. Pourtant, cette variété de thrombo-phlébite existe et J. Purdon-Martin en a observé trois ou quatre cas ; mais aucune étude anatomique n'en avait encore été faite.

L. R.

Le tableau radiologique des hématomes sous-duraux (Il quadro radiologico degli ematomi subdurali), par Guido CASTORINA et Sandro SASSAROLI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 2, mars-avril 1954, p. 171-197).

Se basant sur l'étude de 36 hématomes sous-duraux, confirmés par l'opération, les auteurs décrivent les signes radiologiques, suivant le siège. Leur méthode d'examen comprend : radiographie directe, pneumoencéphalographie, angiographie. Pour les nécessités du diagnostic, il faut associer les diverses méthodes et multiplier les projections. L'étude des angiogrammes de profil est particulièrement utile. Les éléments de différenciation entre hématomes sous-duraux, extra-duraux et intra-cérébraux, sont décrits. Seize figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Hématome sous-dural de la convexité avec syndrome pyramidal homolatéral (Ematoma sottodurale della convessità con sindrome piramidale omolaterale), par Renzo ARDITO (de Pise). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 1, 31 mars 1954, p. 123-154).

L'auteur rapporte quatre cas d'hématome sous-dural de la convexité avec syndrome pyramidal homolatéral. Il rappelle ensuite les diverses théories explicatives du mécanisme de ces troubles. Soulignant la valeur des recherches neuro-radiologiques avec emploi de produits de contraste, ainsi que de l'électro-encéphalographie, il montre l'intérêt, dans ces cas, de l'intervention précoce. Quatre figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

A propos des anévrysmes « vestigiens ». Anévrysme postérieur de la carotide interne supra-clinoïdienne. Ligature du collet. Guérison, par J. HAGUENAU, J. CHRISTOPHE et B. PERTUISET. (*La Presse médicale*, 62, n° 31, 28 avril 1954, p. 645-646).

Une jeune femme de 32 ans présente, quinze jours après son troisième accouchement, une crise d'épilepsie généralisée avec mydriase droite, diplopie par hémorragie méningée. Cinq semaines plus tard survient une paralysie complète du moteur oculaire commun droit. Le diagnostic d'anévrysme intracranien est posé. L'angiographie carotidienne percutanée montre un anévrysme sacciforme appendu à la face postérieure de la carotide interne supra-clinoïdienne. Sous-anesthésie locale avec hypotension contrôlée, un fil d'attente étant passé autour de la carotide interne au cou, on procède à la ligature du collet. L'évolution est favorable. Ce cas montre l'intérêt de l'abord des anévrysmes intracrâniens en s'aidant de l'hypotension contrôlée qui augmente la sécurité opératoire. Deux figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Un cas d'encéphalopathie post-traumatique chronique des boxeurs (Slučaj kronične posttraumatske encefalopatije kod boksača), par F. HAJNSEK et R. MEDVED. (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 1, n° 4, 1953, p. 288-294).

Les lésions provoquées par la boxe peuvent être divisées en trois groupes : a) lésions aiguës mortelles ; b) lésions aiguës superficielles, plus ou

moins sérieuses, mais sans conséquences durables ; c) lésions chroniques du système nerveux central. La symptomatologie de l'encéphalopathie chronique des boxeurs est décrite, puis un cas est rapporté avec, comme signes principaux : céphalées persistantes, vertiges, atteinte légère du système moteur extra-pyramidal, lésions du nerf auditif gauche, dysmnésie, aboulie, baisse marquée de la capacité critique. Ce syndrome s'était développé après plusieurs années de combats.

V.-J. DURAND.

Traumatismes crano-encéphaliques (Traumatismos crano-encefalicos), par Manoel Catano DE BARROS (de Recife). (*Neurobiologia*, Recife, t. 16, n° 3, septembre 1953, p. 201-226).

Dans ce rapport au quatrième congrès médical de Pernambuco (décembre 1952), l'auteur rappelle les mécanismes des lésions crano-cérébrales, puis étudie successivement les diverses variétés de lésions traumatiques, le tableau clinique, en insistant sur l'examen du blessé, avant d'envisager les moyens de diagnostic et les procédés de traitement correspondant à chaque type anatomo-clinique. Quelques exemples illustrés de radiographies simples et d'artériographies sont rapportés. Onze figures.

V.-J. DURAND.

Abcès froids encéphaliques multiples, par M^{me} D. et J. FERREY, M.-L. CHEVREL, M. et A. BELTAN, Y. et M.-E. RICHIER. (*Bull. de la Société anatomique de Paris*, séance du 2 décembre 1954).

Observation d'abcès froids encéphaliques multiples chez un homme de 41 ans, éthylique, tuberculeux chronique, non traité. La nature tuberculeuse des lésions n'a pu être affirmée que par l'examen histo-bactériologique. Les auteurs insistent sur le rôle éventuel de l'éthylisme chronique dans l'apparition de ce type de lésion.

L. R.

Considérations cliniques sur les tumeurs occipitales par H. HÉCAEN, R. ANGELERGUES et C. MAGIS. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, séance du 30 novembre 1954).

Symptomatologie clinique de 19 cas de tumeurs occipitales vraies et de 18 cas de tumeurs occipitales étendues aux lobes pariétal ou temporal. Des 19 cas de tumeurs occipitales, il ressort qu'un symptôme fonctionnel traduisant l'atteinte occipitale figure dans l'histoire de neuf malades (hallucinations, hémianopsies paroxystiques, troubles de la lecture, métamorphopsies). Le syndrome d'hypertension intra-cranienne est extrêmement fréquent (stase papillaire dans 79 % des cas). Par contre, les signes d'emprunt sont rares et discrets (troubles pyramidaux, sensitifs et cérébelleux). Les troubles psychiques sont assez fréquents et assez caractéristiques (troubles amnésiques et désintérêt pour l'ambiance). Les éléments focaux du syndrome tumoral ont une plus grande importance que ne l'indiquaient les auteurs précédents : altérations du champ visuel, hallucinations visuelles, illusions visuelles, agnosies visuelles, troubles de la lecture, troubles optico-moteurs.

Les 18 observations de tumeurs étendues aux lobes voisins montrent que les symptômes occipitaux existent mais ne sont plus au premier plan : les troubles moteurs et sensitifs sont plus marqués, et, surtout, apparaissent des troubles praxiques constructifs, soit de type gauche, soit de type droit, et des troubles du langage. Le syndrome d'hypertension intracranienne devient par contre beaucoup moins fréquent. Les auteurs expliquent ce fait par l'éloignement de la tumeur du confluent sinusal postérieur.

L. R.

Contribution anatomo-clinique à l'étude des tumeurs des noyaux de la base (Contributo anatomo-clinico allo studio dei tumori dei nuclei della base), par A. DONATI et I. SANGUINETI (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 15^e année, fasc. 2, mars-avril 1954, p. 134-157).

Après révision de la littérature, les auteurs rapportent une observation de tumeur des noyaux basaux : début brusque chez un homme de 35 ans, avec fièvre, torpeur profonde, réaction liquidienne de type inflammatoire, fond d'œil normal, artériographie et encéphalographie gazeuse négatives. On pense à un processus inflammatoire. Puis apparaît de la stase papillaire. L'électro-encéphalographie est en faveur d'une tumeur profonde. L'évolution est rapidement mortelle. L'autopsie montre un spongioblastome au niveau des noyaux gris de l'hémisphère gauche. Les auteurs insistent sur les difficultés diagnostiques de cas semblables et sur l'absence d'un syndrome caractéristique traduisant l'atteinte unilatérale des formations strio-pallidales. Six figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Tumeurs kystiques intracraniennes au cours des phakomatoses par Cl. GROS, R. LAFON, P. FAGES, R. LABAUGE et J.-P. TEMPLE. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, séance du 30 novembre 1954).

A propos de deux observations concernant, sur le plan cutané, une angiomatose et une neurofibromatose, les auteurs signalent la possibilité de formations kystiques hémisphériques dont la paroi est le siège d'une malformation angiomateuse histologiquement confirmée dans les deux cas. Le liquide intrakystique, xanthochromique et hypercoagulable, semble résulter d'une transsudation plasmatique aux dépens de l'angiome encéphalique. La constatation d'une malformation vasculaire cérébrale au cours d'une neurofibromatose montre qu'il y a, du point de vue anatomique, des termes de passage entre les diverses dysplasies neuro-cutanées.

L. R.

Sclérose tubéreuse et tumeur cérébrale (Sclerosi tuberosa e tumore cerebrale), par Giovanni ALEMA et Arnaldo PANSINI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 2, mars-avril 1954, p. 133-170).

Les auteurs décrivent un cas assez rare de sclérose tubéreuse associée à un spongioblastome multiforme paraventriculaire. Survenus chez une jeune fille de 22 ans, peu atteinte psychologiquement, évoluant rapidement, les symp-

tômes présentèrent certaines particularités distinctes des tableaux cliniques habituels. De même, les données de l'autopsie se révélèrent assez spéciales. A propos de cette observation, les auteurs font une révision de la littérature, procédant à une étude critique des cas antérieurement publiés. Vingt photographies. Bibliographie importante.

V.-J. DURAND.

A propos d'un cas de tumeur de la grande aile du sphénoïde, par Daniel TOUSSAINT. (*Acta neurologica et psychiatrica, Belgica*, juin 1955).

Malade de 47 ans présentant depuis un an, comme seul symptôme, une exophtalmie unilatérale. A l'examen anatomo-pathologique, méningiome en plaque hyperostosant de forme globuleuse intéressant la paroi osseuse du fond de la cavité orbitaire. 7 figures.

L. R.

L'atteinte du moteur oculaire commun lors des néoformations intracraniennes : la paralysie totale, la mydriase isolée. Etude anatomique et observations cliniques, par G. LAZORTHES. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, séance du 30 novembre 1954).

L'auteur situe tout d'abord la question de la paralysie totale du III, dont il a observé six cas post-traumatiques, et de la mydriase unilatérale. Il rapporte ensuite ses travaux personnels sur les rapports ostéoméningés du III avec la clinioïde postérieure et le ligament pétroclinoidien en particulier, et sur la constitution du III et le trajet dans le nerf des fibres de la motricité intrinsèque. Après avoir rappelé les diverses hypothèses pathogéniques formulées antérieurement au sujet de la paralysie du III et de la mydriase unilatérale, il expose sa conception personnelle et ses conclusions pratiques.

L. R.

Considérations cliniques et anatomo-pathologiques sur un méningiome psammomateux cérébelleux (Considerazione cliniche ed anatomopatologiche su di un meningioma psammonatoso cerebellare), par Piero DOGLIANI et Giuseppe BARBERA (de Verceil). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 7, n° 6, novembre-décembre 1953, p. 385-400).

Les auteurs présentent un cas de méningiome psammomateux du cervelet, chez une malade de 55 ans. Le diagnostic de syndrome cérébelleux avait été posé, mais aucune localisation plus précise n'avait été possible, cliniquement, à cause de l'absence de signes pathognomoniques et de l'existence de symptômes de compression uniforme des hémisphères cérébelleux avec hydrocéphalie interne secondaire. Il s'agissait anatomiquement d'un volumineux méningiome comprimant l'hémisphère droit du cervelet. Six figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Atrophies cérébelleuses ; aspects cliniques et radiologiques, par R. LAFON, P. PAGÈS, J.-P. TEMPLE, J. MINVIELLE et G. OLIVIER. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 4 février 1955).

Chez quatre malades, l'encéphalographie gazeuse a permis de mettre en évidence les images pathognomoniques suivantes : présence d'air dans la fosse postérieure avec niveaux liquides, accumulation d'air dans le IV^e ventricule, dilatation des citernes basales prépontiques. L'atrophie revêt deux types : atrophie globale et atrophie lamellaire corticale. La tomographie précise bien ces images. Cet examen est d'une très grande utilité dans les atrophies cérébelleuses primitives de l'adulte, dont le diagnostic se fait en général par élimination. Elles se présentent cliniquement comme un syndrome statokinétique bilatéral.

L. R.

Contribution à l'étude des gliomes dits extra-médullaires (Contributo allo studio dei cosiddetti gliomi extramidollari), par Alfiero FELIZZARI (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 2, 1954, p. 228-237).

Chez une femme de 31 ans apparaît un syndrome médullaire transverse à siège cervical bas, avec quadriparésie et troubles de la sensibilité, signes de blocage méningé au niveau des 5^e et 6^e vertèbres cervicales, syndrome de Froin du liquide céphalo-rachidien. L'opération montre la présence d'un gliome extramédullaire primitif, pesant dix grammes. Sept figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

PSYCHOLOGIE

Postulats et méthodes de la psychologie scientifique, par Paul NAULIN. (*Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, n° 1, 1^{er} trimestre 1954, p. 3-14).

Comme l'indique l'auteur, agrégé de l'Université, dans une conférence donnée à l'Institut de psychologie appliquée et d'hygiène mentale de l'Université de Clermont-Ferrand, la psychologie repose sur trois postulats : le fait psychique est un acte, cet acte a un sens, la tâche de la psychologie sera de comprendre ce sens. Véritable moyen d'adaptation au milieu extérieur, le psychisme peut être abordé scientifiquement de deux façons : soit par une méthode qui révélera le vécu, c'est la phénoménologie, soit par une méthode tendant à la connaissance du réel : c'est la psychologie objective. Elle comprend elle-même quatre types : 1) clinique qui consiste à entrer en contact avec le sujet ; 2) investigation psychanalytique ; 3) étude des documents (visage et corps, écriture, mouvements, attitudes) ; 4) procédés proprement expérimentaux.

V.-J. DURAND.

Thèmes nouveaux de psychologie objective : l'histoire, la construction, la structure, par I. MEYERSON (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1954, n° du cinquantenaire, « La psychologie du xx^e siècle », p. 3-19).

L'auteur procède à une vaste revue des tendances fondamentales de la psychologie actuelle. Par opposition à la psychologie traditionnelle, qui semblait impliquer nécessairement la métaphysique, la tendance moderne de la psychologie se fonde sur l'historicité. La première manifestation de cette tendance est apparue dans la psychologie animale, grâce à l'évolutionnisme. Sur le plan humain, la tendance historique est plus récente. L'école de Wurzburg a pressenti l'existence de deux ordres de faits, certains spécifiquement psychologiques, d'autres logiques. En fait, il y a une implication réciproque entre l'expression et le contenu ; les catégories rationnelles ne peuvent être dissociées de l'historicité, comme l'a montré Brunschwig. D'une part, l'esprit informe un donné, d'autre part ce donné réagit sur l'esprit. Il n'existe pas plus de nature pure que d'esprit pur, et le mythe empiriste de la saisie d'un réel immédiat est aussi utopique que celui des essences éternelles.

En mathématiques, M. Bouligand critique l'idée d'une mathématique immuable ; en physique, on constate l'interaction des faits et des théories. La construction de l'esprit apparaît aussi dans l'expérience sociale, technique, religieuse et plastique.

La gestaltthéorie, en mettant en lumière la notion de structure, a dégagé le double mouvement du donné et du construit.

Rien ne se construit par un acte de pure raison, mais plutôt par un fonctionnement spécifique lié à un moment de l'histoire.

M. GLUGE.

Un problème psychologique sur les probabilités subjectives irrationnelles, par M. FRÉCHET (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1954, n° 4, 431-8).

L'auteur définit de façon particulièrement claire les notions de probabilité objective et de probabilité subjective. Il rappelle les définitions du principe des probabilités totales et composées, qui permettent le calcul mathématique de probabilités inconnues à partir de probabilités connues.

Les probabilités subjectives irrationnelles sont « les appréciations de vraisemblance, conscientes ou non, qui nous guident dans la vie courante, dans les affaires, etc., à l'exclusion des estimations de probabilités objectives basées directement sur des fréquences ou des symétries ». Il s'agit donc de l'estimation plus ou moins intuitive de la probabilité que nous accordons à un événement.

Or, plusieurs auteurs ont prétendu que ces probabilités subjectives d'un homme « raisonnable » vérifient les principes des probabilités totales ou composées. M. Fréchet se demande dans quelle mesure les probabilités subjectives rationnelles de l'homme fictif envisagé par l'un de ces auteurs, M. Savage, sont conformes aux probabilités subjectives irrationnelles de l'homme réel. Il se propose de mettre cette hypothèse à l'épreuve en posant à des sujets des problèmes simples et concrets, dans lesquels on leur demande de comparer intuitivement la probabilité de deux événements. On vérifiera

ainsi si les sujets ne risquent pas d'estimer comme plus ou moins probable l'un des deux événements, alors qu'en fait, conformément à un très simple calcul des probabilités, ils sont aussi probables l'un que l'autre.

Une première enquête a été commencée. Cette initiative paraît fort intéressante.

M. GLUGE.

Cybernétique et psychologie. II. Machines et systèmes physiques, par P. GUILLAUME. (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1954, n° 4, p. 486-499).

Ayant montré dans un premier article (« L'idée de machine à penser », in *Journal de psychologie*, 1954, n° 3, pp. 360-378), les limites de la cybernétique telles qu'elles ressortent des ouvrages mêmes des cybernéticiens les plus éminents, l'auteur cherche à dégager ici ce que la cybernétique peut apporter à la compréhension de la psychologie humaine.

Il s'attache à montrer les caractéristiques des machines par rapport aux systèmes physiques et par rapport à l'organisme vivant. La cybernétique, en effet, ne permet plus d'assimiler strictement machine et système physique : l'homéostat d'Ashby, par exemple, et les tortues de Grey Walter ont trop de « libertés » pour mériter le nom de machines, celles-ci étant des systèmes strictement déterminés par l'homme, incapables d'invention et d'adaptation à des situations imprévues.

On ne peut pas non plus assimiler le fonctionnement d'un système cybernétique à celui d'un organisme vivant, mais cela n'exclut pas, pour autant, la possibilité de faire des comparaisons fructueuses si, précise M. Guillaume, on adopte la même langue pour les décrire : la physique.

Par les modèles concrets qu'elle nous offre et ses possibilités de contrôle expérimental, la cybernétique peut indiscutablement apporter une contribution très importante à la compréhension des « mécanismes de la pensée ».

M. GLUGE.

Remarques sur l'imagination, par Pierre Maxime SCHUHL. (*Revue philosophique de la France et de l'étranger*, nos 4-6, avril-juin 1954, p. 242-243).

« Par certains de ses aspects, l'imagination apparaît comme une fonction complémentaire de la raison et par là-même peut avoir un rôle cathartique. » Descartes, avec d'autres philosophes, l'avait reconnu. D'autre part, des représentations imaginatives forment souvent l'ébauche de notions rationnelles. Certes, il faut éviter les imaginations malsaines, déréglées, et trouver, par une discipline convenable, une position d'équilibre entre raison et fonction imaginative.

V.-J. DURAND.

Premières recherches sur une échelle de vocabulaire avec synonymes (type Mill-Hill) (Prime ricerca su una scala di vocabolario con sinonimi) (tipo Mill-Hill), par V. TERRANA et L. RICCOBONO (de Palerme). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 1, 31 mars 1954, p. 5-32).

Les auteurs présentent une échelle de vocabulaire comprenant 44 mots à définir et 44 dont le synonyme doit être choisi dans une liste de six mots

pour chacun. L'évaluation du vocabulaire par définition a été faite, d'abord en additionnant les réponses montrant la connaissance du mot, puis en donnant un point à chaque réponse précise et un demi-point aux définitions vagues ou de forme incorrecte. Pour les listes de synonymes, un point est attribué à chaque réponse exacte. Les meilleurs résultats s'obtiennent en additionnant les points correspondants aux deux tests. Cette échelle a été employée chez 600 sujets de culture supérieure et chez 100 enfants suivant l'enseignement secondaire. Les scores augmentent avec l'âge si les sujets s'enrichissent culturellement, ou baissent si toute étude est arrêtée (pseudo-détérioration). Les auteurs n'admettent pas la stabilité des tests de vocabulaire. Nombreux tableaux. Listes utilisées. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Analyse du moi et analyse du caractère (Análisis del yo y análisis del carácter), par L. SZONDI (de Zürich). (*Revista de psicología general y aplicada*, Madrid, vol. 8, n° 28, octobre-décembre 1953, p. 595-639).

Examinant les relations entre destin et moi, destin et caractère, moi et caractère, l'auteur montre que le destin humain individuel est la somme du destin forcé des ascendants et du destin électif personnel de l'individu. Ce choix, cette élection sont faits par le moi qui est aussi l'arbitre entre les oppositions complémentaires de l'âme. Quatre fonctions essentielles caractérisent le moi : l'introjection — (la plus importante) —, la projection, l'inflation et la négation. Un exemple d'analyse dynamique du caractère sous la forme dialectique est longuement rapporté. Il montre la valeur de l'analyse héréditaire, de l'analyse instinctive expérimentale, de celle du moi et de son tréfonds. Graphiques. Tableaux.

V.-J. DURAND.

Sur la validation des diagnostics de personnalité (Sulla validazione delle diagnosi di personalità), par Gaetano KANIZSA (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 14^e année, fasc. 6, novembre-décembre 1953, p. 651-674).

Après une critique des méthodes de validation des tests de personnalité, l'auteur étudie la valeur des déclarations des sujets sur l'exactitude du diagnostic établi à leur égard. Un premier portrait caractérologique identique, présenté à 23 sujets, fut reconnu par eux comme une description exacte de leur personnalité. Un second portrait, « négatif » du précédent, fut accepté entièrement par dix-sept sujets, refusé par deux, reconnu comme à moitié exact par quatre sujets. En conséquence, les déclarations des individus examinés à propos des diagnostics les concernant sont sans valeur. Cette méthode des profils caractérologiques standard pourrait être appliquée à l'étude des problèmes de psychologie sociale.

V.-J. DURAND.

Sur l'opposition des concepts, par Robert BLANCHÉ (de Toulouse). (*Theoria, A swedish Journal of Philosophy and Psychology*, vol. 19, n° 3, 1953, p. 89-130).

Dans le but de compléter la théorie aristotélécienne de l'opposition des concepts, l'auteur en propose une extension. Il convient de compléter la dyade des contraires extrêmes AE par la création d'un concept moyen Y qui, joint à eux, épuise tous les cas possibles. Cette triade AYE, système dont les termes sont mutuellement exclusifs et collectivement exhaustifs, forme la base de l'établissement d'un tableau des opposés. Les termes I et O du classique « carré logique » doivent être envisagés comme des formations secondaires. Si on les réintègre, il faut, par symétrie, créer un terme U. L'ensemble constitue une constellation hexagonale. Cette présentation se montre très utile dans ses applications.

V.-J. DURAND.

Tendances récentes en linguistique générale, par E. BENVENISTE. (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1954, n° du cinquantenaire « La psychologie du xx^e siècle », nos 1-2, janvier-juin 1954, p. 130-145).

En passe de devenir une science autonome, la linguistique doit définir avec précision son objet et élaborer des méthodes rigoureuses. Or, de nombreuses tendances, plus ou moins divergentes, se sont fait jour, qui placent l'étude de la langue sur des plans différents.

Sous l'influence de Saussure en Europe et de Bloomfield en Amérique, la linguistique a perdu le caractère exclusivement historique qu'elle présentait au xix^e siècle : l'étude de l'évolution de chaque son et de chaque forme dans le temps constituait alors l'essentiel de son objet. Presque toutes les théories actuelles sont dominées par la notion de structure de la langue et par l'élargissement du champ des recherches, qui a banni un certain nombre d'anciens problèmes philosophiques sur l'origine des langues.

L'école américaine, en particulier, s'attache à décrire, avec une technique très minutieuse, à décomposer et à transcrire en termes spécifiques les éléments de la langue, mais seulement dans leur aspect formel, sans tenir compte de leur signification. Or, le langage est en même temps signifiant et signifié...

Une autre orientation fructueuse de la linguistique la conduit vers la logique, et il serait intéressant, dit l'auteur, de mieux élucider « comment le langage de l'action et celui de l'intelligence se comportent mutuellement ».

Le problème de l'interaction de la culture et du langage a été abordé de diverses façons, mais surtout par l'étude du vocabulaire. Ce domaine, comme beaucoup d'autres, demanderait une collaboration étroite entre linguistes, sociologues et psychologues.

L'auteur a mis en lumière, non seulement les tendances passées et présentes de la linguistique, mais le but qu'elle doit poursuivre : ne pas rester une « science des faits empiriques, mais une science des relations et des déductions, retrouvant l'unité du plan dans l'infinie diversité des phénomènes linguistiques ».

M. GLUGE.

Vision et audition dans la perception du langage, par Marguerite DURAND (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1954, n° 4, p. 458-63).

L'auteur a procédé à des expériences pour vérifier l'hypothèse avancée par M. Mikus dans son article « Faits phono-optiques et leur part à l'audition » (*Journal de psychologie*, 1953, p. 215), hypothèse selon laquelle la vue intervient dans la perception du langage parlé, non seulement chez les sourds, mais chez les « entendants ».

Voici l'expérience réalisée par l'auteur pour élucider le rôle respectif que jouent la perception visuelle et la perception auditive dans la compréhension du langage. Elle a tout d'abord élaboré des groupes de phonèmes sans signification, et c'est ce matériel qu'elle a soumis à ses cinq sujets (dont une sourde et un étranger). Dans la première partie de l'expérience, les sujets tournaient le dos au locuteur et devaient écrire ce qu'ils avaient *entendu*. Dans la deuxième partie de l'expérience, les sujets *regardaient* le locuteur qui articulait le son sans l'émettre, et ils écrivaient ce qu'ils avaient perçu.

Les erreurs des sujets, lorsque ceux-ci sont réduits à la seule perception visuelle, sont considérables, tandis qu'elles sont infimes lorsque les sujets sont réduits aux seules impressions auditives, le sujet sourd étant, bien entendu, exclu.

Ces résultats infirment donc l'hypothèse du rôle important que jouerait la perception visuelle de la mimique du locuteur dans la perception auditive. « On comprend, conclut l'auteur, que l'entendant ne fasse guère usage d'un renseignement aussi peu sûr que la perception visuelle et que le sourd même soit obligé d'y suppléer par le contexte et les circonstances. »

M. GLUGE.

Recherches expérimentales sur la perception de la mélodie, par R. FRANCÈS. (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1954, n° 4, p. 439-57).

Ces recherches ont pour but, d'une part d'étudier quelle est l'influence de l'éducation musicale sur la perception de la musique et la fixation d'une ligne mélodique, d'autre part de voir quel est le degré de prégnance de diverses formes de mélodies : y a-t-il des notes « privilégiées », en dehors de celles déjà connues comme telles (la note finale et la note initiale) ?

Dans ses expériences, l'auteur présente aux sujets des séries mélodiques de 3, 6 et 9 notes, et leur fait réentendre aussitôt la même ligne mélodique, mais en changeant une note dont la position varie au cours des expériences. Il peut ainsi déterminer la position des notes dont les sujets perçoivent le mieux l'altération.

Les sujets sont divisés en trois groupes, selon leur niveau de culture musicale.

L'originalité principale de l'expérience consiste à présenter une batterie de mélodies tonales et une batterie de mélodies atonales : cela permet à l'auteur de mettre en évidence l'influence culturelle inconsciente, puisque sensible même chez les sujets non musiciens, de la mélodie tonale à laquelle nos oreilles occidentales sont accoutumées. En effet, à longueur égale, les mélodies atonales sont moins bien fixées par les trois groupes de sujets.

L'intérêt de ces résultats dépasse le cadre de la perception musicale.

L'auteur constate, d'autre part, que les notes-pointes sont beaucoup mieux fixées que les notes intermédiaires, quoique, dans les mélodies atonales, ce soit surtout les notes extrêmes qui restent privilégiées. Cette constatation de la prégnance des sommets et des dépressions de la ligne mélodique tonale, dès qu'elle atteint une certaine longueur, confirme la remarque gestaltique de Delacroix que cite M. Francès : « Percevoir une mélodie, ce n'est pas entendre des sons, c'est les distribuer autour d'un ou plusieurs foyers de convergence hiérarchiquement distribués. C'est construire une forme, un système de relations. »

M. GLUGE.

PSYCHANALYSE

La théorie psychanalytique de l'angoisse, par Georges REING. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. xiv, n° 3, 1955)

La théorie psychanalytique, conclut l'auteur, apporte au problème de l'angoisse une explication qui, bien que partielle, a le mérite d'intéresser à la fois l'aspect fonctionnel, l'aspect génétique et l'aspect structurel du phénomène. De plus, elle trouve une confirmation clinique dans la situation même du traitement psychanalytique. Cette théorie s'inscrit aussi dans un contexte plus général : ce signal d'alarme qu'est l'angoisse devient le filtre de toutes les réactions de l'individu. Il ne leur permet de passer dans le champ de la conscience que si le moi peut les accepter. C'est donc l'angoisse qui, finalement, par ce droit de veto, déterminerait le choix des défenses, des traits de caractère, des inhibitions et des syndromes névrotiques.

L. R.

Le signe du miroir, par Haruo ISHIDA. (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 8 n° 1, p. 1, juin 1954.

Le signe du miroir s'observe chez certains schizophrènes. Par souci de transformation de leur visage, ils regardent leur image reflétée par la glace maintes fois par jour, et souvent d'une façon stéréotypée. Ce signe est également fréquent chez les névrosés, principalement les obsédés. Cette attitude n'implique pas le plaisir, car presque toujours une sorte d'inquiétude accompagne ce geste ; les sujets craignent de découvrir dans leur image quelque chose d'anormal qui diffère des autres. Ils sont conscients de retrouver chaque fois leur propre image fort haïssable et cependant ils ne peuvent cesser de regarder le miroir à nouveau. Il y a une certaine analogie entre ce signe du miroir chez les obsédés et chez certains blessés qui, avec une sorte d'attente et d'inquiétude, jettent un coup d'œil en soulevant le bandage qui recouvre leur plaie. Le signe du miroir chez les narcissistes répond à une attitude différente ; les sujets ont une tendance à l'auto-érotisme et ils éprouvent un grand plaisir à refléter leur image. En résumé, le signe du miroir est une attitude fausse qui fait tourner perpétuellement les malades autour du « non-moi ».

L. MARCHAND.

BIOLOGIE

L'acide neuraminique constituant naturel des tissus et des liquides biologiques de l'homme et des animaux. Son intérêt en biologie médicale, par M^{lle} C. CHATAGNON et P. CHATAGNON (Paris). (*La Presse médicale*, 14 septembre 1955).

Les controverses au sujet de la composition de l'acide neuraminique, composé voisin des hydrates de carbone et qui est un constituant naturel des tissus et liquides biologiques de l'homme et des animaux, incitent à admettre l'identité probable de l'acide neuraminique et de l'acide sialique.

Les premiers travaux de Blix sur l'acide sialique, ceux de Klenk sur l'acide neuraminique évoquent la double origine de ce corps : intégration dans des complexes glycoprotéiniques (extraction de l'acide sialique de la mucine des glandes sous-maxillaires de bœuf pour Blix) ; intégration dans des complexes glycolipoidiques (extraction de l'acide méthylneuraminique des gangliosides pour Klenk). Ce fait relie les études des lipides et des protéines. Les auteurs rapportent les travaux récemment publiés sur les glycolipoides de différents tissus renfermant de l'acide neuraminique, et notamment sur les éléments figurés du sang. Ils évoquent les travaux étrangers et leurs propres recherches sur la présence et la répartition de l'acide neuraminique lié aux glycoprotéines du sérum sanguin et d'autres liquides organiques, sa présence dans les urines, etc., et concluent à une large distribution de ce corps dans le règne animal. Son mode de liaison aux glycolipoides comme aux glycoprotéines demeure inconnu, mais l'hypothèse qu'il peut entrer dans ces complexes permet d'envisager des rôles différents. Il semble avoir un rôle dans la vie cellulaire, dans les défenses de l'organisme, avoir partie liée aux mucines et à leur production à côté d'autres sucres, jouant vraisemblablement une fonction au cours de l'agression microbienne ou virale, comme au cours de certains processus néoplasiques, etc.

Ces différentes actions seraient-elles sous la dépendance d'actions moléculaires propres, ou interviendraient-elles dans le cadre d'actions enzymatiques ? La richesse et l'ampleur des questions soulevées par l'étude chimique et biologique de ce composé montrent l'intérêt de son étude au point de vue médical.

L. R.

Chlorpromazine et indice chronologique vestibulaire, par Georges MOURIQUAND, M^{me} Violette EDEL et M^{lle} Renée CHIGHIZOLA. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 26 septembre 1955).

De leurs recherches cliniques (enfants) et expérimentales (pigeons, rats), les auteurs avaient retenu l'indication que les médicaments abaisseurs de la chronaxie vestibulaire (type thyroxine, amphétamine, cola, caféine, strychnine, alcool), comme l'acide glutamique et ses sels étaient, en général, des excitants neuro-psychiques plus ou moins rapides. Ils s'opposent, dans la majorité des cas, aux « élévateurs » type acide phosphorique, thiamine et groupe B, acide ascorbique, saccharose, voire acide arsénieux à doses thérapeutiques (chorée) qui, à doses modérées, font presque toujours figure de « stabilisateurs ».

En raison de ses actions particulières et multiples sur le système nerveux : antispasmodique, antichoc, neuroplégique, etc., il a semblé aux auteurs que la chlorpromazine devait être un bon sujet d'études pour apprécier son action sur la chronaxie vestibulaire et ses relations possibles avec le fonctionnement de telle ou telle partie du système nerveux. Théoriquement, cette substance pouvait appartenir au groupe des « élévateurs » de la chronaxie vestibulaire en raison de ses actions sus-indiquées. L'expérimentation a vérifié cette hypothèse : la chlorpromazine doit être classée parmi les élévateurs de la chronaxie vestibulaire.

L. R.

La physiologie de l'homéotherme refroidi, par FONTAINE et LACHIVER. (*Bull. de la Société de pathologie comparée*, séance du 14 décembre 1954).

Compte tenu de certaines conditions de refroidissement et de réchauffement, le froid, au moins jusqu'à 0°, n'entraîne pas de lui-même, dans les tissus, de modifications irréversibles. L'hypothermie seule modifie ou suspend les fonctions, elle ne les détruit pas. C'est par un mécanisme de corrélation trop brutalement stoppé au cours du refroidissement, ou trop rapidement repris lors du réchauffement, ou encore par une suspension trop prolongée de fonction, qu'elle entraîne la mort. Mais, à mesure que nous apprenons à mieux connaître la hiérarchie des fonctions et celle des mécanismes de corrélation, la limite de résistance au froid des homéothermes peut être progressivement abaissée. Si, dans les techniques d'hibernation artificielle appliquées à l'homme, on juge souvent que la part maxima d'efficacité revient aux agents médicamenteux employés en même temps que la réfrigération, il n'en sera pas toujours ainsi. Quand on pourra réaliser chez l'homme une hypothermie profonde, celle-ci prendra alors toute sa valeur. Et, en ralentissant certains processus vitaux, en les soustrayant à certaines influences, l'hypothermie profonde peut faciliter l'étude de leur déroulement, de leur mécanisme intrinsèque, et constituer donc une méthode d'investigation très précieuse.

L. R.

Hibernation et hibernation artificielle, par Ch. KAYSER. (*Bull. de la Société de pathologie comparée*, séance du 14 décembre 1954).

Les mammifères hibernants, réveillés en été, se distinguent des mammifères homéothermes (thermo-régulation d'un type plus primitif ; température léthale en hypothermie expérimentale à 10° C plus bas environ que celle des rongeurs homéothermes). La résistance particulière au froid est due essentiellement à une excitabilité du système nerveux central différente de celle des homéothermes.

Si l'homéothermie des hibernants réveillés ne se confond pas avec l'homéothermie vraie, inversement, leur poïkilothermie du sommeil hivernal ne se confond pas avec la poïkilothermie de l'homéotherme forcé par le froid. Le sommeil hivernal exige, pour sa réalisation, un syndrome d'involution polyglandulaire spécial. Quelle que soit la cause qui le provoque, sa présence, associée à un séjour à température adéquate, conduit au sommeil.

L'hypothermie expérimentale réalisée chez l'hibernant n'aboutit jamais au sommeil hivernal quel que soit le procédé utilisé pour le réaliser. L'hypothermie expérimentale est une rupture d'homéostasie, tandis que le sommeil hivernal est une forme spéciale d'homéostasie.

L. R.

ENDOCRINOLOGIE

Hypothermie et réaction neuro-endocriniennes, par Emile ARON. (*Bull. de la Société de pathologie comparée*, séance du 14 décembre 1954).

L'auteur a cherché à analyser séparément sur le rat blanc les réactions neuro-endocriniennes dues à l'hypothermie et à la chlorpromazine. Les animaux sont amenés en hypothermie par la méthode de Giaja, sans prémédication. Dans ces conditions, l'hypothermie ne modifie pas la réaction post-agressive. Celle-ci est inhibée par la chlorpromazine. On observa cependant à 27° une stabilité et une réaction paradoxale de la cortico-surrénale à l'injection d'A.C.T.H.

Avec une hypothermie dépassant 30°, on observa la suppression des lésions macroscopiques et histologiques consécutives à une réaction neuro-vasculaire (ulcère pyloro-lié de Shay), ainsi que l'inhibition de l'œdème expérimental du rat par injection intra-péritonéale d'ovalbumine. Cette protection assurée par l'hypothermie est également garantie par la chlorpromazine. Ces deux facteurs peuvent donc associer leur action. Mais l'auteur précise que ces basses températures ne sont pas atteintes en clinique dans la technique d'hibernation artificielle. Au-dessus de 30°, on ne constate, dans les cas particuliers étudiés, aucune modification de l'équilibre endocrinien ou des réactions neuro-vasculaires à l'agression.

L. R.

La biogénèse des stéroïdes hormonaux, par L. ZIZINE. (*La Presse médicale* 15 juin 1955).

Les nombreuses recherches effectuées surtout *in vitro* démontrent que les stéroïdes hormonaux peuvent provenir non seulement du cholestérol mais également de molécules beaucoup plus simples : en effet, tant la progestérone et les corticostéroïdes que les androgènes et les œstrogènes ont pu être obtenus à partir de l'acide acétique. De plus, la prégnénolone se montre un précurseur commun à tous les stéroïdes non-benzéniques. Les transformations ultérieures s'opèrent ensuite, pour les corticostéroïdes et les androgènes, à partir de la progestérone. Les systèmes enzymatiques responsables de certaines de ces transformations ont pu être caractérisés et isolés. Quant aux œstrogènes, les mécanismes intimes de leur biogénèse restent encore très obscurs.

L. R.

Syndrome myasthénique chronique à poussées successives avec hypokaliémie sévère et coexistence d'un type particulier de dissociation des fonctions cortico-surrénales, par Jacques DECOURT, J.-P. MICHARD, E. BAULIEU, A. MAZALTON et M^{lle} C. DEBRAY. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 18 mars 1955).

Observation qui s'apparente à la paralysie périodique familiale par la coexistence d'une hypokaliémie extrême avec altérations électro-cardiographiques caractéristiques, et d'un état pseudo-paralytique diffus lié à une asthénie musculaire intense. Guérison obtenue par l'administration de KCl. Dans ce cas, l'affection n'était pas familiale et paraissait avoir pour origine un état névrotique de longue durée ayant entraîné de l'anorexie, de la sous-alimentation, des périodes épisodiques de vomissements et de diarrhée. Après guérison, il n'a pas été possible de reproduire le syndrome musculaire par les artifices qui se montrent habituellement efficaces dans la paralysie périodique familiale (ingestion massive de glucose, administration d'A.C.T.H. ou de désoxycortisone), mise en évidence d'un type particulier de dissociation des fonctions cortico-surrénales, non encore individualisé dans la littérature endocrinologique. On notait en effet, même après la régression du syndrome clinique et de l'hypokaliémie, un contraste entre les taux très faibles des 17-cétostéroïdes et les taux normalement élevés des corticoïdes, surtout du groupe des métabolites de l'hydrocortisone et de la cortisone. Ce syndrome surrénalien s'oppose à celui des hyperplasies surrénales congénitales qui, dans leurs formes sévères constituant le syndrome de Debré-Fibiger, entraînent une hyperkaliurie. Les auteurs discutent l'origine de cette anomalie surrénalienne et son rôle éventuel dans la genèse des troubles du métabolisme potassique.

L. R.

Maladie de Cushing, étude clinique et biochimique; effets de la surrénalectomie bilatérale, par Jacques DECOURT, E. BAULIEU, J.-P. MICHARD et J. LERNER. (*La Presse médicale*, 22 juin 1955).

Observation d'une maladie de Cushing particulièrement sévère, très évolutive, avec hypertension artérielle précoce. Premiers signes cliniques apparus brusquement, cinq mois après un accouchement, au moment du sevrage de l'enfant.

Etude biologique complète (faible augmentation des 17-cétostéroïdes, qui porte électivement sur la fraction C de Jayle); élévation importante des corticoïdes mesurés par différentes méthodes (faible augmentation des stéroïdes neutres glycu- et sulfo-conjugués; taux normaux d'œstroïdes).

Surrénalectomie partielle bilatérale en deux temps à un mois d'intervalle. Ablation complète d'une surrénale et de la moitié de l'autre. A l'examen histologique des deux glandes, hyperplasie diffuse de la corticale, de type spongiocytaire. Résultat clinique excellent, persistant huit mois après l'intervention: retour du faciès à la normale; malgré la reprise du poids, disparition de l'érythrose et des troubles fonctionnels, tension artérielle normale, réapparition des règles, transformation de l'état psychique. Au point de vue biologique, quatre mois après la deuxième intervention: effondrement persistant des 17-cétostéroïdes au voisinage de 1 mgr.; retour des

corticoïdes à des taux subnormaux ; faible réponse à la perfusion intraveineuse d'A.C.T.H.

Des incidents apparus quelques semaines après la deuxième surrénalectomie sont imputés à l'insuffisance surrénale post-opératoire (éruption eczématiforme, arthralgies, douleurs abdominales et vomissements).

L. R.

Syndrome diencéphalique complexe : association d'obésité et d'un syndrome basedowien, par P. BATTESTI et ALLIGNOL. (*Bull. de la Société de médecine de Marseille*, séance du 9 février 1955).

Observation d'une jeune fille de 19 ans, présentant une légère exophtalmie depuis sa naissance et un certain embonpoint, sans obésité, depuis la puberté. Assez rapidement, augmentation progressive du poids, accompagnée de nervosité ; à la suite de contrariétés d'ordre affectif, apparition d'un goitre, accentuation de l'exophtalmie et installation d'un syndrome basedowien typique (métabolisme + 60), alors que le poids diminue un peu. Depuis ce moment (mai 1954), la réduction thérapeutique de l'hyperthyroïdie entraîne une accentuation de l'obésité et de l'exophtalmie. A l'arrêt de cette thérapeutique, les signes d'hyperthyroïdie deviennent sérieux ; par contre, la malade perd du poids. Tous examens cherchant à mettre en évidence une altération de la région diencéphalique se révèlent normaux (champ visuel et fond d'œil, électro-encéphalogramme, cisternographie).

En vue de réduire l'exophtalmie, dont la progression devenait inquiétante, traitement par la cortisone, qui ne donne pas de résultats, non plus que le frénantol à fortes doses. Seule paraît avoir un effet la radiothérapie à doses moyennes (3.300 r. à la peau) de la région hypophysaire ; l'exophtalmie a légèrement régressé, et depuis reste stationnaire. Le balancement entre l'obésité et les signes d'hyperthyroïdie persiste toujours. Aussi, les auteurs se sont-ils contentés jusqu'à présent d'une thérapeutique anti-thyroïdienne prudente, limitée à de courtes périodes, lorsque la tachycardie devenait trop élevée ; le repos complet associé à une thérapeutique sédative, avec divers essais de frénateurs hypophysaires de synthèse, étant prescrit depuis le début.

L. R.

La réponse surrénale à l'A. C. T. H. dans l'insuffisance thyroïdienne, par L. DE GENNES, H. BRICAIRE et J. GUILLON (de Paris). (*La Presse médicale*, 23 avril 1955).

Le test de Thorn des 24 heures, pratiqué dans 14 cas d'insuffisance thyroïdienne, s'est avéré le plus souvent anormal et la concordance entre les variations des éosinophiles, des 17-cétostéroïdes et des 11-oxystéroïdes chez un même malade est très significative. Ces résultats confirment donc encore la fréquence d'un trouble surrénal dans l'hypothyroïdie. Son mécanisme n'est pas élucidé : l'hypothèse d'une hyposécrétion hypophysaire d'A.C.T.H. et celle d'un trouble de réceptivité des surrénales peuvent être envisagées selon les cas et ne s'excluent d'ailleurs pas. La fréquence de signes d'hypocorticisme et d'un test de Thorn négatif au cours du myxœdème primitif est importante à connaître pour éviter des erreurs de diagnostic et

pour démontrer de claire façon l'importante action des hormones thyroïdiennes sur le fonctionnement cortico-surrénal.

L. R.

Sur la 3 : 3'-diiodothyronine et la sécrétion hormonale du corps thyroïde, par J. ROCHE et R. MICHEL. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 24 mai 1955).

La sécrétion hormonale du corps thyroïde renferme au moins quatre dérivés iodés de la thyronine : la thyroxine, la 3 : 5 : 3'-triiodothyronine, la 3 : 3' : 5'-triiodothyronine, et la 3 : 3' : diiodothyronine, ces deux derniers corps ayant été identifiés récemment par les auteurs avec W. Wolf et J. Nunez. Il convient de rechercher dans quelle mesure chacune de ces hormones exerce une action préférentielle vis-à-vis de ses récepteurs.

L. R.

Troubles mentaux dans le myxœdème de l'adulte, par J. CÉSAR, J. RAVERA, D. MURGUI, E. RAWAK et A. TERRA. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 25 février 1955).

Observation d'un malade myxœdémateux, de 18 ans, qui présentait des crises paroxystiques d'hallucinoïse visuelle et auditive, l'extract thyroïdien eut une influence favorable sur ces manifestations mentales. Les auteurs font jouer dans le mécanisme des états psychopathiques du myxœdème la rétention hydro-saline qui accompagne les formes intenses de l'insuffisance thyroïdienne.

L. R.

Stimulation des noyaux amygdaliens et du cortex péri-amygdalien avec un rapport spécial sur ses effets sur les mouvements et l'ovulation utérins, par H. KOIKEGAMI, T. YAMADA et Kan'ichi USUI. (*Folia psychiatrica et neurologica Japonica*, vol. 8, n° 1, juin 1954, p. 7).

Les auteurs ont pu produire des modifications importantes dans les mouvements utérins par excitation électrique ou chimique de régions précises des noyaux amygdaliens chez des chiens, des chats, des lapins. Chez ces animaux, après parturition, ou en dehors des portées, ou au cours de la dernière moitié d'une parturition, la stimulation unilatérale du noyau médian principal amygdalien ainsi que celle du cortex péri-amygdalien provoque une augmentation en fréquence et en amplitude de la motilité utérine. La stimulation du noyau latéral principal, du noyau intermédiaire principal, du noyau amygdalien cortical, du noyau amygdalien médian et du noyau central n'ont aucun effet. Les impulsions partant du noyau médian principal passent par des fibres qui se rendent au centre viscéro-affectif de l'hypothalamus. La stimulation du noyau médian principal et du noyau intermédiaire principal est capable de provoquer l'ovulation ou l'hémorragie du follicule ovarien chez le lapin. L'impulsion semble aller directement de l'amygdale au noyau ventro-médian de l'hypothalamus et, de là, au lobe antérieur de l'hypophyse qui produit l'hormone gonadotrope (cinq figures, bibliographie importante).

L. MARCHAND.

THERAPEUTIQUE

La psychothérapie dans les temps modernes (La psicoterapia en los tiempos modernos), par W. KRETSCHMER J^r (de Tübingen). (*Revista de psicología general y aplicada*, Madrid, vol. 8, n° 28, octobre-décembre 1953, p. 641-656).

Rappelant l'évolution récente des diverses écoles psychothérapiques, leurs insuffisances fréquentes liées souvent à des positions partielles, unilatérales, l'auteur montre l'intérêt des méthodes utilisées à l'Université de Tübingen. Elles envisagent la personne humaine dans son ensemble, échappant aux écueils d'un point de vue trop étroit. L'hypnose et l'autogène training de Schültz ont donné de bons résultats.

V.-J. DURAND.

Problèmes de la psychothérapie (Problemas de la psicoterapia), par Hernan VERGARA. (*Anales neuro-psiquiatricos*, Facultad de medicina, Bogota, 12^e année, vol. 7, nos 27-28, janvier-juin 1953, p. 11-20).

L'auteur rappelle quelques-uns des problèmes actuels de la psychothérapie : longueur du traitement psychanalytique, même en employant des méthodes abrégées, nombre insuffisant de psychothérapeutes, question des auxiliaires non médecins, formation des cadres. L'évolution de la psychothérapie suit celle des doctrines politiques et économiques. Un danger la menace, c'est une intellectualisation desséchante, aride, ne tenant pas assez compte de l'affectivité.

V.-J. DURAND.

Problèmes du transfert dans les psychothérapies d'enfants soignés en sanatorium, par Mireille MONOD. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. xiv, n° 2, 1955).

A propos de deux observations, exposé et discussion des conditions, des possibilités et des résultats d'une expérience de psychothérapie dans un sanatorium d'enfants atteints de tuberculose pulmonaire. L'auteur, après avoir insisté sur les difficultés du transfert au cours de ces psychothérapies tentées en internat, souligne le grave problème qu'est, pour l'enfant ainsi soigné en sanatorium, l'attachement à sa vie de malade et les difficultés qu'il éprouve au moment de sa rupture ; problème d'ordre social, pédagogique, et d'ordre psychologique, qui se pose au sujet de tous enfants ayant séjourné plus de quatre à cinq mois au sanatorium. Cas particulier des problèmes généraux posés par l'hospitalisme et la réadaptation.

L. R.

Etude des rapports psychothérapeutiques entre les médecins et les schizophrènes, par J. C. WHITEHORN et B. J. BETZ. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. III, n° 5, novembre 1954, p. 321).

Les auteurs ont divisé 100 schizophrènes en deux groupes : l'un de 48 malades traités par sept médecins avec 75 % de guérisons, l'autre de 52 malades traités également par sept médecins avec seulement 27 % de guérisons. Ils

ont recherché les causes de cette différence. Ils concluent que la guérison de la schizophrénie a plus de chances d'être obtenue : 1° quand le médecin ne se contente pas dans son diagnostic de faire une simple description clinique mais de préciser les raisons du comportement du sujet ; 2° quand le médecin tient compte de la personnalité du sujet plutôt que de sa psychopathologie ; 3° quand le médecin participe personnellement jour par jour au traitement. En résumé, les différences des succès thérapeutiques constatées dans les deux groupes proviennent de la façon dont les médecins tentent de « réorienter » le malade par un contact personnel actif.

L. MARCHAND.

Rétablissement remarquables de schizophrènes obtenus par une psychothérapie intensive de longue durée, par D. M. HAMILTON. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 8, février 1954, p. 579).

L'auteur rapporte les observations de 13 schizophrènes, qui ont pu reprendre leur place dans la communauté après avoir subi une psychothérapie intensive. Deux sujets étaient hospitalisés depuis trois ans, un autre depuis huit ans et dix depuis quatre ans. Tous ces malades avaient une hérédité chargée ; parmi leurs parents et leurs collatéraux, plusieurs avaient été atteints de troubles mentaux. Ils furent traités individuellement ; on les fit lire, peindre, modeler, faire de la gymnastique, participer à divers jeux avec les autres malades, à des conférences, à des concerts. Un personnel nombreux était composé d'infirmières, dont chacune avait une tâche spéciale à remplir, d'éducateurs, de spécialistes pour le traitement occupationnel et la physiothérapie. Le traitement dura plusieurs années. A la dernière phase, que l'auteur appelle la période de convalescence ou synthèse, et qui varia de un à trois ans, les malades ont été soumis à des situations sociales de plus en plus compliquées ; ils furent incorporés dans des groupes sportifs, dans des milieux où l'on discutait sur divers sujets ; ils participèrent à des bals et à des séances de jeux de cartes. Dix des treize malades travaillèrent quelques semaines en dehors de l'hôpital avant d'être libérés ; quatre ont repris ensuite leurs occupations antérieures ; trois, qui n'avaient jamais eu d'emploi, purent accomplir les mêmes occupations que celles qu'ils avaient remplies à l'hôpital à la fin de leur séjour ; trois autres prirent avec un réel intérêt un autre métier que celui qu'ils avaient exercé avant leur maladie.

L. MARCHAND.

Le processus du choix volontaire dans les cas de « psychothérapie centrée sur le client » (Il processo della scelta volontaria in casi di « psicoterapia centrata sul cliente »), par Roberto ZAVALLONI (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 15^e année, fasc. 2, mars-avril 1954, p. 99-126).

Après avoir signalé le développement récent de la « psychothérapie centrée sur le client », notamment dans les pays anglo-saxons, l'auteur décrit le résultat de ses recherches faites au « Counseling Center » de l'Université de Chicago. Il s'agissait de déterminer comment le processus du choix volontaire s'insérerait dans celui de la psychothérapie. Il est possible de

décrire un « indice de progrès thérapeutique », précisant objectivement l'évolution, favorable ou non. Une analyse qualitative et quantitative est faite au moyen de « catégories » particulières. Elle montre que la capacité de décision et de choix préférentiel peut être considérée comme une fonction de l'intégration de la personnalité. Les résultats obtenus ont différé sur certains points de ceux des autres auteurs. Graphiques. Tables. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Guérison d'un cas de psoriasis généralisé par injections intra-musculaires d'eau distillée, par M. BOLGERT et L. CHIAPPONI. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 10 février 1955).

Les injections d'eau distillée avaient été présentées au malade comme celles d'un produit particulièrement actif : il s'agit d'une guérison d'ordre précisément psychothérapique, comme dans les cas précédents de M. Bolgert et J. Blamoutier.

L. R.

Recherches sur l'acide carbonique comme adjuvant de la psychothérapie dans quelques névroses, par E. A. HARGROVE, A. E. BENNETT et M. STEELE. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 11, mai 1954, p. 844).

Les auteurs ont divisé en deux groupes cent malades atteints d'anxiété ou de dépression névrotique. 50 malades ont été traités pendant une période de dix-huit mois au moins par plus de 1.000 inhalations d'acide carbonique progressant jusqu'à ce que le sujet perde conscience. Chaque inhalation était suivie d'une séance de psychothérapie de 30 à 50 minutes. 50 autres malades ne furent traités que par la psychothérapie en raison d'une à deux séances par semaine. Les réactions aux inhalations furent diverses et, dans quelques cas, l'hostilité manifestée contre le thérapeute entraîna la suspension du traitement. La résistance au traitement de certains sujets retarda ou même empêcha la guérison. Sur ces 50 malades, deux tiers ne présentèrent aucun changement, un tiers fut amélioré mais aucun ne put reprendre sa place sociale. Sur les 50 malades qui n'ont été soumis qu'à la psychothérapie, trois quarts furent guéris socialement et un quart ne manifesta aucune modification. Ainsi, la psychothérapie seule eut un meilleur résultat. En résumé, le traitement par l'acide carbonique employé seul sans psychothérapie n'a aucun effet thérapeutique.

L. MARCHAND.

La psychothérapie de groupe (O grupnoj psihoterapiji), par Stjepan BETLHEIM et Duska BLAZEVIC. (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 1, n° 4, 1953, p. 268-282).

Après échec de traitements somatiques pour impuissance psychogène, quinze malades furent soumis à la psychothérapie de groupe. Celle-ci fut dirigée par deux médecins (homme et femme). Les avantages de la méthode

sont rappelés : moindre résistance à l'introduction de nouveaux membres du groupe, résolution plus facile du complexe d'Œdipe. Cependant, certaines difficultés spéciales sont possibles. La psychothérapie de groupe nécessite des participants un développement mental suffisant. Elle ne peut pas s'appliquer aux personnalités sévèrement touchées, pour lesquelles la psychothérapie profonde individuelle est indispensable.

V.-J. DURAND.

Observations sur la thérapeutique de groupe en pratique privée (Observations on group therapy in private practice), par Alfred BRONNER (de Passaic, New-Jersey). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 8, n° 1, janvier 1954, p. 54-62).

L'auteur décrit quelques difficultés qui peuvent s'observer dans la thérapeutique de groupe, soit au moment du départ d'un des sujets, soit à l'introduction d'un nouveau membre. Il montre la nécessité de ne pas admettre dans le même groupe des névrotiques et des psychotiques, le caractère obligatoire de la préparation préalable des malades, les moyens à employer pour diminuer certaines résistances, certaines oppositions. Quelques exemples sont rapportés. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Enseignement en psychothérapie du praticien général (Training general practitioners in psychotherapy), par Michael BALINT (de Londres). (*British Journal of Medical Psychology*, vol. 27, nos 1-2, 1954, p. 37-41).

La formation psychothérapique du praticien de médecine générale qui exerce déjà doit répondre à certaines conditions. Elle sera absolument dépourvue de tout dogmatisme, visera surtout à montrer au médecin l'importance jouée par les troubles psychiques en pathologie générale, facilitera sa compréhension des malades et consistera en un exemple plus qu'en un enseignement systématique. Le moniteur de psychothérapie, par son attitude vis-à-vis des malades, servira de modèle et indiquera, par son expérience quotidienne, la meilleure manière d'envisager les problèmes psychothérapiques.

V.-J. DURAND.

Technique pour la réhabilitation professionnelle de malades mentaux inemployés depuis longtemps, par I. STEVENSON et T. H. FISHER. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 4, octobre 1954, p. 289).

La collaboration d'un médecin et d'un assistant du travail est nécessaire. Sur 25 malades, 20 ont pu reprendre un travail assidu pendant six mois ou plus longtemps. Dix entretiens avaient suffi pour obtenir ce résultat, par conséquent sans perte de temps importante. Le diagnostic, l'âge des sujets, la durée de la maladie, la durée de l'inactivité n'ont aucune influence sur les résultats. Les facteurs de succès sont les suivants : les conditions physiques du sujet doivent être nettement précisées ; la recherche d'un travail adéquat constitue le problème psychologique principal. Les discussions ont lieu au sujet de l'emploi. Pendant la période du retour au travail, l'as-

sistant du travail doit encourager le malade et s'occuper de lui. L'intérêt économique familial peut jouer un rôle, mais chaque cas doit être envisagé en particulier. La réhabilitation semble souvent dépendre du choix de l'occupation qui doit plaire au malade. Le thérapeute doit continuer à suivre longtemps le malade qui a repris une occupation.

L. MARCHAND.

Réadaptation et réhabilitation professionnelle des petits psychopathes, par L. GAYRAL. (*Bull. de la Société de médecine de Toulouse*, séance du 13 novembre 1954).

Un grand nombre de petits psychopathes, appelés souvent « anormaux mentaux », peuvent avoir une activité professionnelle normale, favorable à leur perfection et utile à la société, à condition de déterminer pour chaque cas le genre adéquat de cette activité, ce qui nécessite la conjugaison des efforts des médecins du travail, des services sociaux, des médecins spécialistes et des psychotechniciens.

Dans une première partie, l'auteur envisage successivement l'aspect général du problème du reclassement professionnel des anormaux, des modes d'examen auxquels on doit les soumettre : examen psychologique, neuro-psychiatrique, évolution du cadre social..., enfin, des facteurs à apprécier et notamment : caractère, sociabilité, niveau intellectuel, sens de la hiérarchie et des initiatives, état psycho-moteur.

Dans la deuxième partie, est étudié le cas particulier du reclassement professionnel des petits psychopathes selon la catégorie nosographique, compte tenu des facteurs individuels (déficits mentaux, cyclothymiques, psychasthéniques, schizophrènes, délirants, déments, lobotomisés, caractériels, épileptoïdes, émotifs et paranoïaques, dysharmoniques et déséquilibrés, pervers, alcooliques et névrosés). Signification morbide de certaines vocations.

L. R.

La rééducation dans les affections du système nerveux central. Ses indications, ses résultats, par J. LEREBoullet et D. LEMOINE. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 8 juillet 1955).

Statistique du centre de rééducation du service de neuro-psychiatrie de Bicêtre portant sur 90 malades.

Il a été surtout rééduqué des hémiplegiques (73 % du total) et surtout des vasculaires. Les auteurs précisent les indications de la rééducation motrice chez ces malades et indiquent dans quelle mesure les troubles psychiques, les troubles de la sensibilité profonde, la contracture musculaire, l'âge du malade pourront la rendre plus difficile. Parmi les incidents qui obligent parfois à la ralentir ils mettent en relief les complications cardiovasculaires, les arthroses, les troubles sphinctériens et les escarres.

Après élimination des malades non rééducables, 68 malades étaient incapables d'assurer même partiellement leur existence, contre 6 qui en étaient capables ; après rééducation, 26 malades seulement sont incapables d'assurer leurs besoins, tandis que 48 peuvent reprendre une vie normale ou presque normale. Le chiffre des grabataires passe de 28 à 9. Les auteurs soulignent l'intérêt social de ces résultats. Ils en montrent l'intérêt économique par le raccourcissement de la durée d'hospitalisation.

L. R.

Quelques aspects cliniques et thérapeutiques de l'alcoolisme (4 ans de cure de désintoxication en service ouvert au centre psychothérapique de Nancy), par J. HAMEL, J.-R. GÉRARDIN, M. BEIS et M. BURNER. (*Le bulletin médical*, 68^e année, n° 7, 1^{er} avril 1954, p. 173-176).

Exposant successivement les éléments étiologiques, symptomatiques (somatiques, neurologiques, mentaux, biologiques), les auteurs décrivent les procédés thérapeutiques employés par eux. Les résultats obtenus ont été de 35 % de guérisons, 25 % d'améliorations, 40 % de rechutes ou d'échecs. Certaines précautions essentielles pour la conduite du traitement sont rappelées. Après cure de désintoxication, commence celle de déconditionnement à base de tétra-éthyl-thiuram-disulfide, préférée à l'émétine et à l'apomorphine. Le rôle de la famille et du service social est essentiel.

V.-J. DURAND.

Intoxication par l'antabuse (Intoksikacija antabusom), par N. VURDELJA (de Novi Sad). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 1, n° 4, 1953, p. 283-287).

L'auteur rapporte un cas rare d'intoxication par de faibles doses d'antabuse, survenant à une phase où le malade ne prenait pas d'alcool.

V.-J. DURAND.

Proposition d'une tentative de thérapeutique biologique des maladies mentales (Proposta di un tentativo di terapia biologica delle malattie mentali), par Aldo BERTOLONI. (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 1, 31 mars 1954, p. 33-49).

Rappelant les travaux de Bier sur les procédés hyperémiant, l'auteur propose d'appliquer, dans le traitement de diverses affections mentales, une position déclive du lit, à 45°, tête basse, pendant vingt à trente minutes, deux ou trois fois par jour, pour une durée variable. Il faut s'abstenir, chez les sujets présentant des troubles cardio-circulatoires, des affections organiques de l'encéphale et après 45 ans. Les phénomènes cliniques observés et le mécanisme d'action sont décrits. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Bombardement sensoriel rythmique thérapeutique (R. S. B. T.). Un nouveau traitement pour malades atteints de troubles mentaux, par J. W. L. DOUST et R. A. SCHNEIDER. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 11, mai 1954, p. 854).

Il est possible de faire varier la saturation en oxygène du sang des capillaires au moyen de stimulations visuelles, auditives, tactiles, rythmiques, intermittentes. La saturation varie suivant la stimulation et suivant chaque sujet ; elle s'accompagne de modifications dans l'affectivité et la conscience du malade, dans le tracé électro-encéphalographique. Le bombardement sensoriel rythmique produit les mêmes réactions oximétriques que celles observées au cours de l'électro-choc, du coma insulinique, de la biochimiothérapie histaminique. Il a comme avantage de permettre le contrôle de son inten-

sité et de sa durée. Le traitement peut être individuel ou appliqué en groupe. Il est quotidien, dure une heure et est de vingt applications. Les auteurs ont traité 51 sujets atteints de névroses, de dépression, de schizophrénie. 25 % ont été guéris. Les formes les plus favorables ont concerné les désordres affectifs, les névroses, la personnalité psychopathique, les schizophrénies paranoïdes. Les états obsessionnels ont été moins influencés que les états anxieux.

L. MARCHAND.

Base physiologique du traitement des névroses par l'acide carbonique, par L. MEDUNA. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 9, mars 1954, p. 664).

Le traitement par l'acide carbonique est capable d'améliorer et de guérir les symptômes névrotiques et psychosomatiques. On ignore encore comment agit l'acide carbonique. Après avoir exposé les hypothèses et les recherches concernant son action, l'auteur admet qu'il détermine l'inhibition des fonctions cérébrales, qui sont elles-mêmes inhibitrices. Du point de vue clinique, le traitement agit manifestement en diminuant l'émotivité et la sensibilité aux stimuli internes et externes ; les réactions exagérées sont abolies et progressivement les symptômes cliniques s'améliorent ; on note des modifications considérables dans les activités physiologiques. Toutes ces constatations semblent dépendre d'une diminution de l'excitabilité du cortex et de changements morphologiques et fonctionnels dans les glandes endocrines.

L. MARCHAND.

Sur la présence ignorée jusqu'ici d'un alcaloïde sympathicolytique dans les tiges d'une rubiacée asiatique : l'*Ourouparia formosana matsumura* et Hayata, par RAYMOND-HAMET. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 25 avril 1955).

M. Raymond-Hamet ajoute à la longue liste des alcaloïdes sympathicolytiques découverts par lui la formosanine isolée d'une rubiacée de Formose : l'*Ourouparia formosana*.

L. R.

Appréciation sur le traitement par inhalation d'acide carbonique, par J. D. MORIARTY. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 10, avril 1954, p. 765).

Le traitement donne d'heureux résultats dans diverses névroses et affections psychosomatiques, entre autres dans les états anxieux, les phobies, certaines formes appelées états de tension, dans les coliques spastiques et les céphalées migraineuses. Il a peu de valeur dans les psychoses et peut entraîner des obsessions-impulsions. On ignore la manière dont il agit ; son action serait surtout de rompre la répercussion de certains circuits dans le système nerveux, et de suspendre les courants émotionnels en inhibant les centres corticaux les plus élevés. La suggestion ne joue qu'un faible rôle. Le thérapeute doit faire lui-même plusieurs courtes séries d'inhalations. Il peut ainsi déceler les sentiments inconscients du malade et l'aider à les reconnaître. En quatre ans, l'auteur a administré 7.500 inhalations chez 290 malades ; 45 % ont été très améliorés, 39 % ont été améliorés ;

aucun effet chez 19 %. Si on associe la psychothérapie au traitement, on obtient de meilleurs résultats.

L. MARCHAND.

Traitement des psychoses maniaques par l'administration de sels de lithium, par M. SCHOU, N. JUEL-NIELSEN, E. STROMGREN et H. VOLDBY. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, n° 4, novembre 1954, p. 250).

Les doses quotidiennes de carbonate de lithium étaient de 0,9 à 1 gr. 8. Sur 28 maniaques traités, les résultats ont été satisfaisants chez 14, assez bons chez 18 et nuls chez 6. Les symptômes toxiques ont consisté en nausées, vomissements, diarrhée, tremblement des mains, sentiment de fatigue générale, légère somnolence. Ces symptômes disparurent en trois ou quatre jours après la suspension du médicament. Les auteurs concluent que ce traitement peut être très efficace dans des cas de manie, mais les dangers d'intoxication nécessitent une surveillance clinique sérieuse.

L. MARCHAND.

Modifications mentales et électro-encéphalographiques par injections intraveineuses de barbituriques chez des sujets atteints de maladies organiques cérébrales, par P. S. BERGMAN, H. H. STROO et R. FEINSTEIN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 10, avril 1954, p. 770).

Des comparaisons simultanées ont été faites entre l'état mental et les modifications électro-encéphalographiques provoquées par l'injection intraveineuse d'amytal sodique chez 33 sujets présentant des maladies cérébrales organiques (accidents cérébro-vasculaires, alcoolisme chronique, encéphalopathie traumatique, néoplasmes, etc...) et chez 13 sujets sans lésions cérébrales pris comme contrôle. Chez ces derniers, l'injection intraveineuse d'amytal sodique n'entraîna aucune désorientation et on n'observa aucune autre modification électro-encéphalographique qu'une fréquence plus rapide (de 15 à 25 c./s.) des ondes, constatations faites par d'autres auteurs. Parmi les 33 sujets atteints de lésions cérébrales, 12 présentèrent après l'injection une désorientation sans modifications électro-encéphalographiques différentes de celles constatées chez les sujets de contrôle. Chez les 21 autres malades, on nota des ondes lentes et le développement de symptômes mentaux organiques. Des anomalies focales furent constatées et, si elles existaient avant l'injection, elles devinrent plus accusées. Il résulte, d'après ces recherches, que l'état mental ainsi provoqué ne suit pas parallèlement les modifications encéphalographiques.

L. MARCHAND.

Destramphétamine intraveineuse à faibles doses dans le traitement de l'obésité psychogène et d'autres manifestations psycho-somatiques, par Marcel PERRAULT, F. KIRSCH et J. DELATTRE. (*Bull. de la Société française de thérapeutique et de pharmacodynamie*, séance du 20 octobre 1954).

Note concernant de premiers essais, encore en nombre restreint, mais encourageants. La méthode, inspirée des travaux de Pavlov, mais qui trouve

appui dans les travaux récents sur la réticulée du tronc cérébral, consiste à faciliter l'établissement solide d'une inhibition active vis-à-vis de certaines agressions psychogènes ou de certains comportements, par l'injection intraveineuse de doses faibles de dextramphétamine (0,5 à 1 cgr.), au moment où le sujet concentre son esprit au maximum sur le facteur agressif ou la tendance obsessionnelle (pulsion à consommer en grande abondance tel ou tel mets chez les obèses). Il ne s'agit donc pas d'une méthode de choc, ni d'une méthode psychothérapique, mais elle réclame l'adhésion et la coopération du patient.

L. R.

Résultats des traitements psychiatriques avec séries contrôlées. Etude portant sur 25 années, par E. D. BOND. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 8, février 1954, p. 561).

L'étude comparative a été faite dans le même hôpital et porte sur un groupe de 393 schizophrènes hospitalisés de 1925 à 1934 et sur un autre groupe de 440 hospitalisés de 1940 à 1946, alors que les traitements par l'insuline et par les électro-chocs étaient alors pratiqués. Dans le premier groupe, qui sert de contrôle, les guérisons se sont maintenues dans 9 % des cas et les résultats satisfaisants dans 13 %. Quand les traitements de choc furent appliqués, les pourcentages sont respectivement de 22 et de 29 %. Pour les cas dont le séjour à l'hôpital a duré moins de dix-huit mois, le groupe de contrôle comprend 12 % de guérisons, et le deuxième groupe, dont les sujets ont été soumis aux traitements de choc, de 27 %. Parmi les schizophrènes dont le début de l'affection remontait à plusieurs années, 54 appartiennent au premier groupe, un seul guérit ; parmi les 35 qui ont été soumis aux traitements de choc, quatre guérirent. Cinq ans après les traitements de choc, on trouve que 45 sujets étaient guéris et en liberté tandis que dans le groupe de contrôle il n'y en a que 15.

L. MARCHAND.

Manifestations électro-cliniques survenues au cours du traitement d'une psychose anxieuse par diverses thérapeutiques médicamenteuses, par M.-H. BONNET et E. CHABOT. (Société d'électro-encéphalographie de langue française, séance du 10 novembre 1954. *Revue neurologique*, tome 91, 1954, p. 455.)

Une malade atteinte d'une psychose anxieuse grave fait une crise comitiale au décours d'une cure de sommeil, ayant nécessité des doses importantes de barbituriques et de largactil ; son anxiété s'aggrave. Un électro-encéphalogramme montre l'existence de pointes-ondes. Soumise ensuite à une cure de Sakel, les premières injections d'insuline provoquent de nouveau des crises comitiales et ensuite des myoclonies. A la fin de la crise, retour des rythmes de repos sur le tracé électro-encéphalographique. Cette observation montre la variabilité de l'activité électrique cérébrale, c'est-à-dire du seuil myoclonique, sous l'influence de certaines substances pharmacodynamiques.

L. MARCHAND.

Streptomycine, isoniazide et troubles psychiques, par Maurice POROT (d'Alger). (*La Presse médicale*, 62, n° 30, 24 avril 1954, p. 624-627).

L'utilisation en thérapeutique de la streptomycine et de l'isoniazide peut provoquer des troubles psychiques, ordinairement discrets, mais parfois plus graves, à type d'encéphalopathies (streptomycine) ou de syndromes confusomaniaques (isoniazide). L'origine de ces manifestations semble à la fois toxique et allergique. L'action des antibiotiques sur la méningite tuberculeuse, supprimant la mortalité inexorable du passé a créé, en même temps, une pathologie nouvelle : troubles confusionnels du début, méningo-encéphalite subaiguë ou pseudo-paralysie générale, séquelles psychiques chez l'enfant. On a pu, enfin, observer des résultats intéressants en traitant des troubles mentaux d'origine tuberculeuse certaine ou probable par les antibiotiques. Quant à l'emploi de ces derniers dans des psychoses non tuberculeuses (anorexie mentale, psychoses coli-bacillaires, états dépressifs), il est encore trop tôt pour conclure. Pour tous ces faits, l'auteur rappelle ses travaux personnels et ceux des différents auteurs.

V.-J. DURAND.

L'état actuel de la thérapeutique acétylcholinique, avec ou sans choc, dans les maladies mentales (Lo stato attuale della terapia acetilcolinica, con o senza choc, nelle malattie mentali), par A.-M. FIAMBERTI. (*Bolletino della Societa medico-chirurgica della Provincia di Varese*, n° 8, extrait de 4 pages).

Rappelant les principes de la thérapeutique préconisée par lui depuis 1937, montrant les résultats favorables obtenus dans les syndromes dissociatifs, indiquant certaines modalités nouvelles d'application (goutte-à-goutte intraveineux, voie intramusculaire, injections intraveineuses lentes), l'auteur indique pour conclure qu'il considère comme un devoir du psychiatre d'utiliser, en cas de schizophrénie, le traitement acétylcholinique seul ou associé à la cure de Sakel.

V.-J. DURAND.

Le traitement de la schizophrénie par l'acétylcholine selon Fiamberti à l'hôpital neuro-psychiatrique de Varese en 1943 et de 1948 à 1952 (Il trattamento della schizofrenia con l'acetilcolina secondo Fiamberti nell'ospedale neuro-psichiatrico di Varese nel 1943 e dal 1948 à 1952), par Edoardo BALDUZZI et Carlo MONZA (de Varèse). (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. 76, 1 vol., 142 p., Arti Grafiche Ticci, Sienne, 1955).

Dans la première partie de cet important travail, les auteurs font d'abord une révision des recherches sur l'acétylcholine effectuées depuis 1946, se rapportant à la théorie biologique de la dissociation mentale émise par Fiamberti. Ils rapportent ensuite les résultats de la thérapeutique acétylcholinique obtenus par différents auteurs en Italie et dans d'autres pays, décrivant les diverses méthodes d'application.

La seconde partie est consacrée à l'étude complète de l'emploi du choc acétylcholinique et à une analyse soignée de la statistique portant sur 304 schizophrènes traités en 1943 et de 1948 à 1952. Pour des malades de moins d'un an furent observés : 70,27 % de guérisons, 24,32 % d'améliora-

tions, 5,41 % d'échecs ; pour des schizophrènes de un à trois ans : 33,71 % de guérisons, 50,56 % d'améliorations, 15,73 % d'échecs. Enfin, au-delà de trois ans de maladie : 30,77 % de guérisons, 41,35 % d'améliorations, 27,88 % d'échecs. Le pourcentage moyen des rechutes a été de 19,74 %. En appendice, sont reproduites toutes les observations des malades traités. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le mythe insulinaire, par H. BOURNE. (*The Lancet*, novembre 1953, p. 964).

La schizophrénie soulève un problème médical et social ; la croyance répandue de la valeur du traitement insulinaire est d'un intérêt général. L'auteur montre les difficultés d'apprécier les résultats des divers traitements de cette affection et en particulier du coma insulinaire. Il trouve que l'action favorable du traitement insulinaire n'est pas convaincante. Qu'il s'agisse de cas récents, de cas chroniques, de cas individuels, il n'y a aucune preuve de son efficacité spécifique qui est bien inférieure à celle de l'électrochothérapie.

L. MARCHAND.

Corrélations électro-biologiques au cours des « comas » insuliniques chez 18 malades mentaux, par M.-H. BONNET et G. MALPERTUY. (Société d'électro-encéphalographie de langue française, séance du 10 novembre 1954. *Revue neurologique*, tome 91, n° 6, 1954, p. 455).

Les malades mentaux ont été étudiés pendant des comas insuliniques thérapeutiques ; les chocs insuliniques furent enregistrés depuis la phase somnolente jusqu'au réveil. Les modifications électro-encéphalographiques surviennent comme dans le sommeil physiologique, à la phase d'endormissement, se traduisant par des pointes-ondes. Elles semblent dues au moins autant à la perturbation des mécanismes hormonaux du maintien de l'état vigile qu'à l'action de l'hypoglycémie.

L. MARCHAND.

Coma insulinothérapique. Exposé des résultats dans un hôpital militaire, par J. E. LITSCHUTZ. (*The American Journal of psychiatry*, vol. III, n° 6, décembre 1954, p. 466).

Il est difficile de préciser les résultats dus au traitement par le coma insulinaire. Aussi l'auteur a-t-il procédé de la façon suivante. Il a noté l'effet de ce traitement chez 89 malades comprenant 54 schizophrènes paranoïdes, 15 schizophrènes catatoniques, 3 schizophrènes latents, 2 schizophrènes simples, 12 schizophrènes inclassables, 3 autres maladies. Il a comparé les résultats observés chez 89 malades de contrôle présentant les mêmes syndromes que les précédents ; ils ne furent pas traités par le coma insulinaire mais par l'électrochothérapie. Les bons résultats ont été nettement plus nombreux chez les schizophrènes catatoniques de contrôle que chez les schizophrènes traités par les comas ; on ne note aucune différence pour les autres catégories de malades. En conclusion, l'électrochothérapie a une action aussi effective que le coma insulinothérapique. Celle-ci n'entraîne pas un pourcentage plus élevé de guérison chez les schizophrènes aigus que chez les chro-

niques. Le coma insulinique n'a eu en réalité que peu d'action favorable par lui-même et les bons résultats sont plutôt dus à la psychothérapie et au traitement somatique. La durée de l'hospitalisation a été en moyenne trois mois plus longue pour les sujets traités par l'insulinothérapie que pour les sujets de contrôle.

L. MARCHAND.

Critique des recherches psychiatriques et psychologiques concernant le traitement insulinique de la schizophrénie, par H. P. DAVID. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 10, avril 1954, p. 774).

Après vingt ans de recherches sur le traitement insulinique de la schizophrénie, l'ensemble des publications ne donne que des résultats contradictoires allant de 88 % de guérisons à aucun pourcentage. L'auteur cite des travaux qui concluent que les résultats de l'insulinothérapie sont comparables à ceux obtenus par les électro-chocs et la psychothérapie. Les études psychologiques montrent qu'après le coma insulinique le malade perd ses capacités supérieures et ne les recouvre que lentement après son réveil. Les modifications du quotient intellectuel, précisées au moyen des tests, n'apportent pas de conclusions nettes. Si les tests de Rorschach permettent de mettre en évidence la guérison clinique, il arrive que chez des malades, considérés comme « guéris », ils montrent qu'ils ont conservé leur mentalité schizophrénique. On a rapporté nombreuses statistiques bien différentes sur les rémissions et les guérisons, mais les études de contrôle sont bien rares. Les investigations sur une détérioration possible causée par l'insulinothérapie et portant sur une assez longue période n'ont pas encore été entreprises. Les tests psychologiques n'apportent aucune donnée définitive sur le pronostic et les effets du traitement. L'insulinothérapie reste dans le domaine des recherches.

L. MARCHAND.

Comas insuliniques et stéroïdes urinaires, par Jean DELAY, Bernard LAINÉ et Philippe BENDA. (*L'encéphale*, t. 43, n° 2, 1954, p. 149-165).

Des recherches du taux des stéroïdes urinaires ont été effectuées chez des schizophrènes âgées de 20 à 43 ans et soumises à la cure de Sakel. Les dosages opérés sur les urines de 24 heures étaient pratiqués à plusieurs reprises tout au long du traitement. Les résultats ont été variables : dans quatre cas, augmentation des corticostéroïdes, élévation moins marquée des 17-cétostéroïdes ; dans quatre autres cas, élimination urinaire peu modifiée ; dans deux cas, diminution des corticostéroïdes ; trois cas sont peu valables. On peut attribuer une valeur pronostique favorable à l'élévation des corticostéroïdes. La signification des fluctuations du taux des 17-cétostéroïdes est moins précise. De nombreuses difficultés sont encore à surmonter, mais dans l'ensemble on peut opposer les réponses obtenues dans le groupe des psychoses puerpérales à celles des schizophrènes. Les premières seraient plus proches de celles des sujets normaux. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Mort par injection de liquide contenant des substances pyrogènes pendant l'insulinothérapie, par G. G. MERRILL. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 11, mai 1954, p. 850).

Parmi les diverses complications graves de l'insulinothérapie, il en est une que l'auteur signale et qui n'a pas encore été mentionnée. Il s'agit des réactions fébriles qui sont causées au moment de la suspension du coma par la solution intraveineuse de glucose, quand celle-ci contient des substances pyrogènes consistant en bactéries ou en produits bactériens. L'auteur rapporte un cas mortel. Le même jour, plusieurs malades présentèrent des réactions fébriles après l'injection de la même solution de glucose. Injectée à des lapins, la solution fut suivie d'une élévation de température et il fut ainsi démontré qu'elle contenait des substances pyrogènes. Elle ne renfermait aucune bactérie vivante.

L. MARCHAND.

De l'ictus apoplectique à l'œdème aigu du poumon par cure de Sakel. Rôle de la thérapeutique antioedème, par P. COSSA (de Nice). (*Bull. de la société française d'angéiologie et d'histopathologie*, séance du 4 décembre 1954).

L'auteur montre le parti que l'on peut tirer, dans le traitement de l'ictus, de la perfusion d'une solution de sérum glucosé (parfois chloruré), novocaïné associé au largactil et à la rutine, parfois à de l'héparine. Il indique qu'il a pu, pour la première fois, sauver par ce moyen un malade qui présentait un œdème aigu au cours d'une cure de Sakel. L'intérêt de ces faits est considérable au point de vue pratique, ainsi qu'au point de vue théorique, l'œdème réactionnel étant le facteur principal de gravité de toutes les thromboses.

L. R.

Coma insulinique et électrochothérapie après intervention chirurgicale sur le cœur, par R.B. LITTLE. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 10, avril 1954, p. 786).

C'est probablement le premier cas concernant une malade qui, après intervention cardiaque (commissurotomie de la valvule mitrale), supporta avec succès 54 heures 1/2 de coma insulinique et 17 électro-chocs. Ainsi, les interventions chirurgicales sur le cœur, qui deviennent de plus en plus fréquentes, ne doivent pas être considérées comme un obstacle aux traitements de choc des psychoses.

L. MARCHAND.

Méthodes thérapeutiques de choc en psychiatrie, par O. GARAND. (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 24 mars 1955).

Très peu dangereuse si elle est pratiquée par un médecin expérimenté, avec une organisation appropriée, la *cure de Sakel*, à condition de comporter de véritables comas d'une heure, et un nombre suffisant de comas (50 à 80 et plus) guérit la moitié des schizophrènes n'ayant pas plus de six mois d'évolution et en améliore 25 %.

L'électro-choc de Cerletti a modifié profondément l'évolution des syndromes, le comportement des malades et l'aspect des services. Il guérit, dans la proportion de 80 à 90 %, les états se rapportant à la psychose dépressive (manie, mélancolie et accès moins typiques d'excitation ou de dépression). Il donne des résultats remarquables dans la confusion mentale, les psychoses puerpérales, et peut être utilisé, à titre symptomatique, dans les autres affections. Il est pratiquement inoffensif, surtout avec la technique de l'anesthésie-curarisation.

L. R.

Un développement récent de l'électrochothérapie. La méthode intensive, par C. FEUILLET et J.-R. GÉRARDIN (de Nancy). (*Le bulletin médical*, 68^e année, n° 7, 1^{er} avril 1954, p. 163-165).

Chez 150 malades, la méthode de l'électro-choc intensif : chocs quotidiens, bi ou tri-quotidiens au début, continués dix ou quinze jours, a donné des résultats intéressants. Si la schizophrénie s'est montrée réfractaire, les états dépressifs et surtout les syndromes maniaques réagissent mieux qu'à l'électro-choc classique. Particulièrement encourageantes sont les améliorations observées dans les psychonévroses et dans diverses formes de délires chroniques. Ces derniers avantages donnent une place de choix à cette méthode en thérapeutique psychiatrique.

V.-J. DURAND.

233 malades mentaux atteints de tuberculose pulmonaire traités par électrochothérapie, par H. PLEASURE. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 3, septembre 1954, p. 177).

160 malades atteints de tuberculose pulmonaire en activité furent soumis à l'électrochothérapie ; chez eux, on ne constata aucune aggravation hémotogène, telles que tuberculose miliaire ou méningée, aucune propagation tuberculeuse à d'autres organes éloignés. Chez 23, soit 3 % de ces sujets, la tuberculose s'aggrava, mais il est probable que cette aggravation ne se serait pas produite si l'état mental s'était amélioré, si les lésions tuberculeuses avaient été moins avancées, si les expectorations étaient devenues négatives. La race et le sexe ne jouèrent aucun rôle. Quand l'électrochothérapie n'a aucune action, il y a 50 % de chances que la tuberculose s'aggrave. 66 % des malades reçurent 19 ou plus électro-chocs au cours de l'évolution de leur tuberculose, que celle-ci fût progressive ou non. Quand, sous l'influence de l'électrochothérapie, les malades s'amélioraient mentalement, la tuberculose perdait son acuité et pouvait être facilement traitée.

Chez les malades dont la tuberculose était stabilisée, celle-ci ne présentait aucune aggravation sous l'influence des électro-chocs, et on ne nota pas d'augmentation des décès. Aucune précaution spéciale telle que l'administration de curare et de médicaments antituberculeux ne fut prise et on ne constata aucun mauvais effet chez des sujets atteints de pneumothorax, de thoracoplastie, de lobotomie pulmonaire. Les médicaments antituberculeux ne donnèrent aucun résultat chez les sujets agités, mais ils eurent une action importante pendant ou après l'électrochothérapie, spécialement si le comportement et l'état mental des sujets s'amélioraient (six radiographies).

L. MARCHAND.

Etude préliminaire sur l'amnésie consécutive aux électro-chocs convulsifs, par S. BOGACH. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 111, n° 2, août 1954, p. 103).

L'étude a porté sur 21 sujets qui, après avoir subi une moyenne de neuf électro-chocs, manifestaient des troubles de la mémoire. Ils furent soumis d'abord à un long examen spécial comprenant divers tests pour bien déterminer les caractères de leur amnésie. Ils reçurent ensuite une injection d'amytal sodique de 0 gr. 5. Après les avoir laissé dormir cinq minutes, ils furent de nouveau examinés au point de vue de leur mémoire. Chez 17 sujets, on constata la disparition de leur amnésie. Les quatre malades qui ne présentèrent aucune modification de leur amnésie étaient encore atteints de manifestations psychiques aiguës. L'usage de cette technique peut permettre, au moment où le malade est en voie de guérison, de le soumettre à une intense psychothérapie et raccourcir ainsi la durée de son hospitalisation.

L. MARCHAND.

Fractures de la hanche par court électro-choc contrôlé, par D. H. KRANS. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 7, janvier 1954, p. 543).

Les deux cas de fracture du col du fémur se sont produites chez des schizophrènes ; l'un, âgé de 28 ans, était malade depuis neuf ans ; l'autre, âgé de 27 ans, était malade depuis neuf ans et demi. Tous deux avaient déjà subi l'année précédente plusieurs séries d'électro-chocs. Les fractures eurent lieu respectivement au cinquième et au troisième électro-choc. Comme elles se sont produites au cours du traitement de 27 malades, totalisant 365 électro-chocs, et qu'antérieurement dans le même hôpital, durant plusieurs années, on n'avait observé que deux cas semblables, l'auteur les attribue à une modification de la force du courant, qui a superposé des contractures musculaires aux mouvements convulsifs.

L. MARCHAND.

Electrothérapie intracrânienne par action cérébrale directe, par J. NEGRIN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 111, n° 2, août 1954, p. 121).

Après trépanation, les électrodes sont placées sous la dure-mère de l'un ou l'autre hémisphère ou sur les deux à l'endroit désiré. La dure-mère reprend sa position pré-opératoire ; la rondelle osseuse de la trépanation est remise en place mais elle est percée d'un petit orifice qui permet le passage du fil de l'électrode, permettant ainsi la liaison avec le courant électrique. Un pansement est appliqué. Le malade peut aller et venir dans l'intervalle des électro-chocs. Quand un nombre adéquat d'électro-chocs a été pratiqué, l'orifice de trépanation est ouvert et les électrodes sont enlevées. Pansement terminal. L'auteur a pu laisser les électrodes durant 14 semaines sans accident fâcheux. Il rapporte l'observation d'une malade, qui fut ainsi traitée avec succès ; elle était atteinte d'un syndrome mental chronique, d'une dépression sévère ; elle souffrait de douleurs irréductibles des membres inférieurs, consécutives à une chute, qui duraient depuis seize ans. Elle avait subi sans résultat une laminectomie, une sympathectomie lombaire, une leucotomie frontale gauche. L'application de cette méthode doit être réservée aux cas qui résistent aux électro-chocs usuels combinés ou non aux chocs pharmacologiques.

L. MARCHAND.

Thérapeutique par stimulation focale, par B. L. PACELLA et D. J. IMPAS-TATO. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 8, février 1954, p. 576).

Au cours de l'électrochothérapie, on peut observer des complications telles que fractures, confusion mentale, troubles de la mémoire et ensuite une certaine appréhension anxieuse pour le traitement. Chez les sujets atteints d'une affection cardiaque ou endovasculaire, chez les sujets âgés et débilisés, les accès convulsifs généralisés peuvent avoir des suites fâcheuses. L'auteur, pour éviter ces inconvénients, provoque des crises convulsives unilatérales. La technique consiste en l'application sur un côté de la tête d'électrodes éloignées de trois à quatre pouces et situées à un ou deux pouces de la scissure sagittale sur une ligne connectant les deux méats auditifs. Pour ce traitement, il faut utiliser le courant continu. Le malade est anesthésié au pentothal. Le courant est augmenté graduellement jusqu'à la production de convulsions toniques et cloniques unilatérales. Il est appliqué à la fréquence de deux à quatre par semaine pour atteindre un total de dix à vingt. Sur dix-huit schizophrènes traités, six furent guéris et deux furent améliorés. Six malades atteints de mélancolie involutive et six maniaques dépressifs furent traités d'abord par la stimulation focale et guérirent après avoir été soumis seulement à un ou deux électro-chocs généralisés. D'après l'auteur, son traitement par stimulation focale favorise l'action des électro-chocs à crises généralisées appliqués immédiatement après.

L. MARCHAND.

Leucotomie préfrontale. Remarques sur la pathophysiologie du cerveau, par C. D. CONSTANTINIDÈS et B. STROUSSOPOULOS. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 3, septembre 1954, p. 106).

Etude basée sur 103 malades souffrant de divers troubles mentaux. 19 furent complètement guéris, 37 améliorés ; 40 ne montrèrent aucun changement. La guérison fut obtenue chez 8 schizophrènes sur 77 opérés, chez 8 sur 10 maniaques dépressifs ; les deux mélancoliques opérés ont été guéris. La leucotomie doit être appliquée dans la plupart des cas qui deviennent chroniques et qui résistent aux traitements, surtout si un ton émotif persiste encore. Pour les auteurs, la leucotomie ne produit pas de modifications mentales de nature organique ; elle n'a pas une action locale mais elle intéresse le cerveau tout entier ; elle agit sur la fonction affective par la section des fibres thalamo-frontales. Les auteurs basent leur théorie sur la bipolarité des fonctions du système nerveux ; la leucotomie permet le retour d'un équilibre mental normal en supprimant l'action des régions altérées qui annihilent l'action des régions saines. Dans les cas où on n'obtient aucun résultat, c'est que la leucotomie n'a pas été assez étendue ou que les autres régions cérébrales sont également lésées et ne peuvent venir rétablir l'équilibre mental.

L. MARCHAND.

Lobotomie préfrontale et leucotomie transorbitaire. Etude comparative de 175 malades, par F. A. FREYHAN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 111, n° 1, juillet 1954, p. 22).

L'étude porte sur 175 malades suivis dans le même hôpital ; 71 ont subi la lobotomie préfrontale et 104 la leucotomie transorbitaire. Comme résultat

d'ensemble, on note que parmi les lobotomisés 26,8 % sont retournés chez eux, 12,7 % ont été améliorés, 29,6 % ne présentèrent aucun changement, 9,9 % ont eu des rechutes, 12,7 % sont morts de l'opération, 8,4 % sont morts d'autres causes. Parmi les leucotomisés transorbitaires, 24 % sont rentrés chez eux, 14,4 % ont été améliorés, 52,9 % ne manifestèrent aucune amélioration, 5,8 % présentèrent des rechutes, 1,9 % sont morts de l'opération, 1 % est mort d'autres causes. Les résultats favorables sont approximativement semblables après ces deux méthodes opératoires. Les cas de mort provoqués par l'opération, les modifications de la personnalité, les convulsions post-opératoires s'observent moins souvent après la leucotomie transorbitaire qu'après la lobotomie. En ce qui concerne la schizophrénie, la lobotomie donne de bons résultats chez les paranoïdes et non chez les hétérophréniques ; la leucotomie transorbitaire agit elle aussi favorablement chez les paranoïdes, chez les sujets atteints de formes mixtes, et non chez les catatoniques. L'importante proportion des insuccès psycho-chirurgicaux, l'absence de critères pour le pronostic, la fréquence des rechutes suspendent toute appréciation nette sur la spécificité des succès thérapeutiques de la psychochirurgie et sur le rôle des lobes frontaux dans la psychopathologie. Des guérisons spectaculaires peuvent s'observer dans quelques cas particuliers, mais elles sont plutôt rares. Il est désirable que l'on restreigne davantage les cas qui doivent être traités psychochirurgicalement de façon à obtenir en moyenne plus de résultats satisfaisants.

L. MARCHAND.

Modification persistante de la transpiration palmaire après la leucotomie préfrontale, par A. ELITHORN, M. F. PIERCY et M. A. CROSKEY. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 17 août 1954, p. 196).

Les modifications de la vie émotionnelle causées par la leucotomie préfrontale indiquent le rôle important que peuvent jouer les aires frontales dans la régulation nerveuse des fonctions autonomes. Comme la transpiration palmaire est sous contrôle sympathique et varie avec les stimuli psychologiques, les auteurs ont étudié l'effet de la leucotomie sur elle. Ils ont porté leurs investigations sur la résistance de la peau palmaire. Chez douze malades qui avaient subi la leucotomie, ils notèrent après l'opération une augmentation importante de la résistance de la peau et celle-ci persistait encore, quoique moins accusée, plus de six mois après l'opération. Ces troubles sont en rapport avec les modifications qui surviennent dans l'état mental ; ils ne sont pas dus à des changements dans la thermo-régulation. Chez sept malades qui n'avaient subi que des interventions psycho-chirurgicales insignifiantes, les auteurs ne les observèrent pas.

L. MARCHAND.

Effet de la lobectomie temporale dans deux cas d'une forme peu commune de déficience mentale, par D. W. LIDDELL et D. W. C. NORTHFIELD. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 17, n° 4, novembre 1954, p. 267).

Le premier cas concerne un sujet qui, à l'âge de 7 ans, est tombé d'un arbre et perdit conscience momentanément. Les accidents épileptiques débutèrent quinze mois plus tard. Le deuxième cas a trait à un sujet qui, à l'âge

de 15 ans 1/2, fut atteint d'un traumatisme crânien ; les accidents épileptiques débutèrent quatre mois après.

Chez ces deux sujets, l'état mental se modifia rapidement, leur comportement revêtit une forme rare. Ils manifestaient de la « verbosité », parlaient constamment. Ils étaient agités, insupportables, se disputant continuellement avec les personnes de leur entourage.

Le premier malade subit une lobectomie temporale gauche à l'âge de 18 ans, et le deuxième une lobectomie temporale droite à l'âge de 20 ans. L'examen anatomo-pathologique du tissu enlevé décèle une sclérose névrogliques accusée sans localisation, intéressant surtout la substance blanche dans le deuxième cas. Les accès épileptiques jusqu'au moment de cette publication ne sont pas réapparus. Une amélioration importante de la personnalité est constatée. Comme suite de l'opération, il ne persiste qu'une voix monotone.

L. MARCHAND.

Les interventions psychochirurgicales moins connues (Gli interventi psichirurgici meno noti), par Carlo Felice COPPOLA (de Naples). (*L'ospedale psichiatrico*, 21^e année, fasc. 4, octobre-décembre 1953, p. 353-370).

L'auteur rappelle quelques notions essentielles sur les principes, la technique, les indications, les résultats de la topectomie, de la thalamotomie, de la selective cortical undercutting de Scoville, de la lobectomie, des injections intra-crâniennes. Dans l'ensemble, il donne la préférence aux interventions limitées et partielles sur les méthodes de lobotomie pré-frontale totale. Aucune observation personnelle n'est cependant rapportée. Deux figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

PSYCHIATRIE MÉDICO-LEGALE

Etude des délinquants sexuels juvéniles, par J. D. ATCHESON et D. C. WILLIAMS. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. III, n^o 5, p. 366, novembre 1954).

Parmi les délinquants sexuels juvéniles, il y a davantage de filles que de garçons. Comparés aux autres délinquants, ils sont en général plus âgés ; on ne note aucune différence si on compare les niveaux intellectuels ; les récidives des garçons sont moins fréquentes. Quant aux filles, elles sont placées dans des écoles spéciales dès leur première délinquance. Le développement de troubles mentaux chez les jeunes gens délinquants est au moins six fois plus grand (20 %) que chez les autres délinquants (3,2 %). Cette différence ne s'observe pas pour les filles délinquantes. Les troubles de la personnalité, qui sont ainsi plus fréquents chez les délinquants sexuels, montre la nécessité d'établir un diagnostic chez ces enfants et de les soigner dans des centres de traitement ; l'étude intensive et systématique des désordres émotionnels des enfants délinquants sexuels peut permettre de mieux comprendre l'étiologie et la psychopathologie du comportement sexuel anormal de l'adulte.

L. MARCHAND.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 novembre 1955*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, *lundi 14 novembre 1955*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 novembre 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 19 décembre 1955*, à 10 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Nominations

M. le D^r R. HAZEMANN, médecin inspecteur divisionnaire, directeur départemental de la santé de la Seine, membre titulaire de la Société médico-psychologique, est chargé des fonctions d'inspecteur général de la santé publique et de la population, dont il aura le rang et les prérogatives dans sa région sanitaire.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Ordre de la santé publique

Ont été promus ou nommés dans l'*Ordre de la santé publique*,
au grade d'*Officier* :

M. Paul CHATEL, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne) ;

M. Marcel GODEAU, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise) ;

au grade de *Chevalier* :

M. le D^r Pierre de BOUCAUD, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde) ;

M. le D^r François TOSQUELLES, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère).

Médecin attaché de consultation de radiologie au service de neuro-chirurgie du Centre psychiatrique Sainte-Anne.

M. le Dr Fernand HEITZ a été désigné pour remplir les fonctions d'attaché de consultation de radiologie au service de neuro-chirurgie du Centre psychiatrique Sainte-Anne.

Concours pour la nomination d'internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Région sanitaire de Rouen.

Un concours régional est ouvert pour le recrutement d'internes en médecine des hôpitaux psychiatriques publics de la région sanitaire de Rouen. Sont mises au concours, les places suivantes.

Hôpital psychiatrique départemental, Sotteville-lès-Rouen (5 postes), hôpital psychiatrique, Pontorson (2 postes), hôpital psychiatrique, Evreux-Navarre (5 postes).

Les épreuves auront lieu à Rouen, en décembre 1955.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront adresser une demande à M. l'inspecteur divisionnaire de la santé, 54, boulevard des Belges, à Rouen, avant le 15 novembre 1955, et justifier de la nationalité française et de 16 inscriptions validées.

Concours pour l'internat de médecine de l'hôpital psychiatrique de Montpellier.

Un concours pour deux places d'internes s'ouvrira à partir du 20 janvier 1956.

S'inscrire avant le 8 janvier à l'Inspection divisionnaire de la santé, Hôtel de la Préfecture, Montpellier.

JOURNAUX ET REVUES

Un nouveau périodique international trimestriel de psychiatrie sociale.

The International Journal of Social Psychiatry vient de faire paraître à Londres (The avenue publishing Co, 9 Fellows Road, London, N.W. 3), ses deux premiers numéros trimestriels destinés aux psychiatres, éducateurs, psychologues, anthropologues, ainsi qu'à tous ceux qui s'intéressent à la santé mentale et aux services sociaux.

Dirigé par MM. JOSHUA BIERER et THOMAS A. C. RENNIE, avec la collaboration de MM. D. W. LIDDELL et D. J. WEST, cette intéressante revue publie de nombreux mémoires, comptes rendus et des analyses de livres.

La santé mentale en Grande-Bretagne.

Selon M. Walter MACLAY, du ministère de la santé de Grande-Bretagne, la moitié des 500.000 lits d'hôpital de ce pays est occupée par les malades mentaux. 60.000 malades entrent dans les hôpitaux psychiatriques tous les ans.

10 à 20 % des malades examinés en médecine générale ne sont pas atteints de maladies physiques, mais de troubles neuro-psychiatriques. Dans l'industrie, l'absentéisme dû aux troubles mentaux est plus important que celui que provoque le simple rhume et 1 sur 20 des enfants qui naissent passe une période plus ou moins longue de sa vie dans un hôpital psychiatrique.

(*La Presse médicale*, 8 octobre 1953).

Le secret professionnel en médecine.

Le numéro d'octobre 1955 de la *Revue de droit pénal et de criminologie* publié sous les auspices du ministère de la Justice de Belgique, consacre à cette importante question trois mémoires et, en premier lieu, le rapport qui sera présenté le 22 octobre 1955 à l'Assemblée de l'« *Union belge et luxembourgeoise de droit pénal* », par M. le professeur Maurice DE LAET, de l'Université libre de Bruxelles, rapport intitulé : « Documents médicaux et secret professionnel » ; une étude de M. le Conseiller à la Cour d'appel de Bruxelles Achille MARÉCHAL sur « Le secret professionnel médical » ; et la reproduction d'un article publié par M. le Bâtonnier Charles VAN REEPINGHEN dans le « *Journal des Tribunaux* » (9 juillet 1950) sur « Le secret professionnel du médecin ».

UNIVERSITÉS

Création d'un laboratoire de physiologie et psychologie neuro-chirurgicales à l'École pratique des Hautes Études.

Par arrêté en date du 20 septembre 1955 du ministre de l'éducation nationale, il est créé à la 3^e Section de l'École pratique des Hautes études un laboratoire de physiologie et de psychologie neuro-chirurgicales dont le premier titulaire désigné est M. Jacques LE BEAU, neuro-chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1955 (4^e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.113

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 88.315. — 1955.

C.O.A.L. 31.2330.

INSOMNIES DU DÉBUT DE LA NUIT

IMMÉNOCTAL

allyl méthyl-butyl malonylurée (sel sodique)

COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES

action rapide et de courte durée

- PRÉ-ANESTHÉSIE
- SUITES OPÉRATOIRES
- TRAVAIL OBSTÉTRICAL

INSOMNIES DU MILIEU DE LA NUIT

EUNOCTAL

iso-amyl-éthyl-malonylurée et son sel sodique

COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES
AMPOULES

action plus lente - réveil euphorique

- ANXIÉTÉ
- NARCO-ANALYSES
- CURE DE SOMMEIL



LES LABORATOIRES ROUSSEL
INSTITUT DE SÉROTHÉRAPIE HÉMOPOIÉTIQUE
97, Rue de Vaugirard — PARIS (VI^e)

428

J. DELAY, B. LAINÉ et Ph. BENDA. — Comas insuliniques et stéroïdes urinaires	767	J. NEGRIN. — Electrothérapie intracranienne par action cérébrale directe	770
G. G. MERRILL. — Mort par injection de liquide contenant des substances pyrogènes pendant l'insulinothérapie	768	B.-L. PACELLA et D.-J. IMPASTATO. — Thérapeutique par stimulation focale	771
P. COSSA. — De l'ictus apoplectique à l'œdème aigu du poulmon par cure de Sakel. Rôle de la thérapeutique antiœdème	768	C. D. CONSTANTINIDÈS et B. STROUSSOPOULOS. — Leucotomie préfrontale. Remarques sur la pathophysiologie du cerveau	771
R. B. LITTLE. — Coma insuliniqne et électrochothérapie après intervention chirurgicale sur le cœur	768	F. A. FREYHAN. — Lobotomie préfrontale et leucotomie transorbitaire. Etude comparative de 175 malades	771
O. GARAND. — Méthodes thérapeutiques de choc en psychiatrie	768	A. ELITHORN, M. F. PIERCY et M. A. CROSSKEY. — Modification persistante de la transpiration palmaire après la leucotomie préfrontale	772
C. FEUILLET et J.-R. GÉRARDIN. — Un développement récent de l'électrochothérapie : la méthode intensive	769	D. W. LIDDELL et D. W. NORTHFIELD. — Effet de la lobectomie temporale dans deux cas d'une forme peu commune de déficience mentale	772
H. PLEASURE. — 233 malades mentaux atteints de tuberculose pulmonaire traités par électrochothérapie	769	C. F. COPPOLA. — Les interventions psycho-chirurgicales moins connues	773
S. BOGACH. — Etude préliminaire sur l'amnésie consécutive aux électro-chocs convulsifs	770		
D. H. KRANS. — Fractures de la hanche par court électro-choc contrôlé	770	Psychiatrie médico-légale.	
		J. D. ATCHESON et D. C. WILLIAMS. — Etude des délinquants sexuels juvéniles	773

VARIETES

Société médico-psychologique :

Séances	774
Nominations	774

Hôpitaux psychiatriques :

Ordre de la santé publique	774
Médecin attaché de consultation de radiologie au service de neuro-chirurgie du Centre psychiatrique Sainte-Anne	775
Concours pour la nomination d'internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la région sanitaire de Rouen	775

Concours pour l'internat de médecine de l'hôpital psychiatrique de Montpellier 775

Journaux et revues :

Un nouveau périodique international trimestriel de psychiatrie sociale	775
La santé mentale en Grande-Bretagne ...	775
Le secret professionnel en médecine ...	776

Universités :

Création d'un laboratoire de physiologie et psychologie neuro-chirurgicales à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes	776
--	-----

INFORMATIONS

Informations du Centre international de l'enfance	XV
Journées nationales de la santé mentale (Paris, 26-27 novembre 1955)	XVI
XXI ^e Réunion neurologique internationale annuelle organisée par la Société française de neurologie	XVI
XII ^e Congrès national de la Société italienne de neurologie (Padoue, 4-7 avril 1956)	XVIII

CLINIQUE MÉDICALE DE VILLE-D'AVRAY

D^r Ch. BRISSET

Ancien Interne des
Hôpitaux de Paris

D^r J.-A. GENDROT

Ancien Chef de Clinique
à la Faculté de Paris

23, Rue Pradier à Ville d'Avray (Seine-et-Oise)

Téléphone : par le Régional II. Chaville 342 (jour), 955 (jour et nuit)

INFORMATIONS

INFORMATIONS DU CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE

RÈGLEMENT DU PRIX « ENFANCE DU MONDE » POUR L'ANNÉE 1956

Le prix « Enfance du monde », d'une valeur de 200.000 francs, couronnera un manuscrit ou un livre édité entre le 1^{er} janvier 1955 et le 1^{er} janvier 1956, écrit en langue française ; l'ouvrage devra s'adresser à des enfants de 8 à 11 ans.

Le sujet est libre, mais il ne devra en aucune façon nuire à l'entente internationale ni à la coopération entre les êtres humains.

Le concours est ouvert à toute personne, sans distinction de nationalité.

L'ouvrage devra comprendre entre 250.000 et 300.000 signes.

Les livres présentés doivent être adressés aux membres du jury avant le 4 janvier 1956.

Les manuscrits seront envoyés en trois exemplaires, dactylographiés, au Centre international de l'enfance, avant le 4 janvier 1956. Les ouvrages devront porter le nom et l'adresse de leurs auteurs.

Le jury est présidé par M. André MAUROIS, de l'Académie française.

Le prix sera décerné en mars ou en avril 1956.

Dans le cas où aucun ouvrage ne donnerait satisfaction au jury, le prix ne sera pas décerné et sera reporté à l'année suivante.

Les manuscrits non primés seront restitués aux auteurs, mais le Centre international de l'enfance ne saurait être déclaré responsable en cas de perte.

(Suite des informations page XVI).

PELLETS SUBLINGUAUX

===== (dosés à 0 gr. 003) =====

de

CHLORHYDRATE D'APOMORPHINE CHABRE

SÉDATIF

TRAITEMENT DE L'ÉTHYLISME

ANTITOXIQUE

(Technique de DENT)

SPÉCIALITÉ REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoires



Chabre Frères

TOULON

Le Centre international de l'enfance gardera un exemplaire du manuscrit primé.

Pour les règles concernant l'édition de l'œuvre primée, se mettre en rapport avec le Centre international de l'enfance.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Service des relations extérieures, château de Longchamp, bois de Boulogne, Paris, 16^e, téléphone LON. 26-62. Adresse télégraphique : Centrenfance.

JOURNEES NATIONALES DE LA SANTE MENTALE (Paris, 26 et 27 novembre 1955)

Ces Journées, organisées par la Ligue française d'hygiène mentale, et placées sous la *présidence de M. le ministre de la santé publique et de la population*, auront lieu à la Maison des Arts et Métiers, 9 bis, avenue d'Iéna.

Six rapports seront présentés.

- 1^o Importance des facteurs psychologiques dans l'habitation populaire.
- 2^o Problème de la reprise du travail après accident ou maladie prolongée.
- 3^o Hygiène mentale d'une consultation hospitalière.
- 4^o Problèmes d'hygiène mentale posés par le travail hors du foyer de la mère de famille.
- 5^o Hygiène mentale et éducation sanitaire.
- 6^o Hygiène mentale et cinéma.

Renseignements au secrétariat de la Ligue française d'hygiène mentale, 1, rue Cabanis, Paris, 14^e.

XXI^e REUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE ORGANISEE PAR LA SOCIETE FRANÇAISE DE NEUROLOGIE

La *Société française de neurologie* tiendra le *mardi 5 juin*, et le *mercredi 6 juin 1956*, sa *XXI^e Réunion neurologique internationale annuelle*.

Des rapports seront présentés sur « *Les encéphalopathies alcooliques* », sous la direction du professeur Th. ALAJOUANINE.

- 1^o MM. Th. ALAJOUANINE, CASTAIGNE et FOURNIER : Pathologie générale et biochimie des encéphalopathies alcooliques.
- 2^o MM. L. MICHAUX et BUGÉ : Les délires alcooliques aigus.
- 3^o MM. P. GIRARD et DEVIC : L'encéphalopathie alcoolique du type Gayet-Wernicke.

(Suite des informations page XVIII).

CLINIQUE DE VERSAILLES 62, rue Albert Joly, à VERSAILLES (S.-et-O.).

Tél. : VER. 23-96

PSYCHOSES — NÉVROSES
— TOXICOMANIES —

TOUTES LES THÉRAPIES
CONVALESCENCES-REPOS

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r PIERRE FOUQUET
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

MASSON & C^{ie}, éditeurs, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI^e)

LES GRANDES ACTIVITÉS DU LOBE TEMPORAL

publié sous la direction du
P^r Th. ALAJOUANINE

ACTUALITÉS NEURO-PHYSIOLOGIQUES
(SEMAINE NEURO-PHYSIOLOGIQUE DE LA SALPÊTRIÈRE)

Un volume de 298 pages, avec 94 figures.... **2.200** fr.

MÉTHODES PSYCHOMÉTRIQUES EN CLINIQUE

TESTS MENTAUX ET INTERPRÉTATION

par

J. DELAY

Professeur à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine

P. PICHOT

Médecin assistant
des Hôpitaux de Paris

J. PERSE

Chef du Laboratoire de Psychologie
de la Clinique des Maladies Mentales

Un volume de 328 pages, avec 40 figures.... **1.900** fr.

4° MM. H. HÉCAEN et J. DE AJURIAGUERRA : Les encéphalopathies subaiguës et chroniques.

5° MM. J. LEREBoullet et PLUVINAGE : Thérapeutique de l'encéphalopathie alcoolique et problèmes médico-sociaux.

Le jeudi 7 juin 1956, la Société française de neurologie tiendra sa séance mensuelle.

Secrétariat général : Dr J. SIGWALD, 68, boulevard de Courcelles, Paris, 17°.

XII^e CONGRES NATIONAL DE LA SOCIETE ITALIENNE DE NEUROLOGIE (Padoue, 4-7 avril 1956)

Le XII^e Congrès national de la Société italienne de neurologie se tiendra à Padoue, les 4, 5, 6 et 7 avril 1956, sous la présidence du professeur V.-M. BUSCAINO.

Sujets mis à l'ordre du jour :

1° *Orientations modernes du chapitre des encéphalites*, Rapporteurs : MM. C. BERLUCCHI et V. LONGO.

2° *Problèmes de l'épilepsie*, Rapports et Rapporteurs : Pathogénie de l'attaque d'épilepsie, par MM. GOZZANO ; Epilepsie et système nerveux végétatif, par M. O. MALECI ; Thérapeutique médicale de l'épilepsie, par M. S. RIGOTTI.

Président du Comité d'organisation : M. le professeur G. B. BELLONI.

NEURINASE
SOLUTION . COMPRIMÉS . SUPPOSITOIRES
*amorce le
sommeil naturel*
VALÉRIANE FRAÎCHE STABILISÉE
ACTIVÉE PAR BARBITAL A FAIBLE DOSE

ALEPSAL
COMPRIMÉS . SUPPOSITOIRES
PHÉNOBARBITAL . BELLADONE STABILISÉE . CAFÉINE
10 Cg. CONVULSIONS
5 Cg. SPASMES
1½ Cg. DYSTONIES
simple, sûr, sans danger

*Nouvelle
Forme:
Suppositoires*

Remboursée Sécurité Sociale

LAB. GÉNÉVRIER
45, Rue Michélie
NEUILLY-PARIS

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MEDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Table générale et alphabétique

TOME IV

(1931 à 1950)

Un volume de 858 pages..... 5.000 fr.

(plus frais d'envoi : 200 fr.)

PRÉCÉDEMMENT PARUS :

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.

Ces 4 volumes, contenant chacun une « table alphabétique par noms d'auteurs » et une « table analytique des matières » constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux neuro-psychiatriques publiés depuis 1843.

COLLECTIONS DU

Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale
depuis sa fondation en 1908

17 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte et planches hors texte
(Tomes I à XV et XVIII). Années 1908 à 1928 et 1930. Le tome XVII (1929) est épuisé

Médecine mentale de guerre. N° spécial, décembre 1917

Conditions sur demande

CLINIQUE MEDICALE

DE

CHAILLOT

15, Rue Boissière, PARIS-16°

Téléphone : KLEber 59-56

Docteur GARAND

Docteur MIGAULT

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté de Paris



MALADIES

DU SYSTEME NERVEUX

MEDECINE GENERALE

(Contagieux exceptés)

R E G I M E S

TRAITEMENTS DE L'ALCOOLISME

Published in France.

